ИН-ТУТ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ И ПСИХОГИГИЕНЫ МОСОБЛЗДРАВА

Л. М. Сухаребский

ПАТОКИНОГРАФИЯ
в психиатрии и невропатологии

БИОМЕДГИЗ
1936

INSTITUT DE PSYCHO-
NEUROLOGI
ET D'HYGIÈNE
MENTALE (MOSCOU)

Prof. L. M. SOUKHAREBSKY

LE CINÉMA
et
LA MENTALITÉ MORBIDE

(LA PATHOPSYCHOCINÉGRAPHIE)

Sous la rédaction générale du Directeur de l'Institut, Professeur adjoint
I. A. Berger.

Comite de rédaction:

Prof. M. O. GOUREVITCH
Prof. E. K. KRASSNOUCHKINE
Dr. S. L. ZETLIN

MOSCOU
1936

ИНСТИТУТ
ПСИХОНЕВРОЛОГИИ
И ПСИХОГИГИЕНЫ
МОСОБЛЗДРАВА

Л. М. СУХАРЕБСКИЙ

ПАТОКИНОГРАФИЯ В ПСИХИАТРИИ И НЕВРОПАТОЛОГИИ

Под общей редакцией и с предисловием Директора Института доцента И. А. БЕРГЕРА



БИОМЕДГИЗ

МОСКВА
1936

Отв. ред. *И. А. Бергер* Техн. ред. *П. А. Сатановская*

Сдано в набор 28/I 1936 г. Подписано к печ. 4/VI 1936 г.
Главлит № Б-23365
Стат. формат бум. 62×88. Колич. бумажн. лист. 18
Общее колич. знак. на бум. л. 46.000 Тираж 3.000 Заказ № 434.

2-я тип. Изд-ва Леноблисполкома и Ленсовета. Ленинград, ул. 3-го Июля, 55.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Монография профессора Л. М. Сухаребского „Патокинография — в психиатрии и невропатологии“ заслуживает всяческого внимания,

Автор ее (ученый секретарь Кино-комитета при Медицинском Ученом Совете Наркомздрава РСФСР) в течение многих лет углубленно занимается вопросами медико-биологической патокинографии, с преимущественным акцентом своих исследовательских интересов на проблематике психоневрологии.

В его лице мы имеем сочетание специалиста-психиатра, и специалиста-киноведа, хорошо знакомого с теорией, методологией и техникой советской и зарубежной кинематографии.

Во время своей заграничной командировки он изучал постановку патокинографии в ряде стран (в Германии, Франции, Белгии, Швейцарии) и участвовал в качестве, члена Советской делегации на 10-м Германском съезде педагогической кинематографии в гор. Дрездене.

За последние годы патокинография прибретает большое знечение в системе психоневрологических наук,

Развитие специальных способов киносъемки: микро- и макросъемки, рапидной и ультрарапидной, цейтраферной и т. д. делают патокинографическую методику важнейшим орудием познания в исследовательской работе, в педагогике и пропаганде.

Институт Психоневрологии и Психогигиены Мособлздрава считает актуальным внедрение патокинографической методики в психиатрию и невропатологию.

В связи с этим в нашем Институте проведена значительная работа по исследованию специфики психо неврологической патокинографии, нашедшая свое отображение в выпускаемой книге.

Книга посвящена подробному изучению проблематики патокинографии в разрезе нашей специальности. Оригинальная разработка выдвигаемой новой проблемы — значения кинематографии в терапии, как актуальной методики коллективного психотерапевтического воздействия на нервных и душевных больных, придает этой работе особую значимость.

В книге собран богатый фактический материал о постановке психоневрологической патокинографии в СССР и зарубежных странах, на основе анализа которого разработана автором конпепция патокинографии в психиатрии и невропатологии, и дана ее специфика и классификационная диференцировка. Обстоятельная библиграфия на шести языках: русском, немецком, французском, английском, итальянском и голландском поможет всякому заинтересованному читателю, глубже изучить исследуемую проблему.

В связи с актуальностью психоневрологической патокинографии, большое принципиальное значение приобретает опыт психиатрической клиники (руков. проф. М. Я. Серейский) Центрального Института Усовершенствования врачей НКЗ (директор— Я. Л. Гросман), в которой дважды (в 1935 и 1936 г.) были прочитаны специальные курсы по патокинографии для врачей—курсантов ЦИУ.

Этот опыт преподавания психоневрологической патокинографии следует продолжить и умножить, введя соответствующие учебрые курсы в программы медвузов.

Советская психоневрологическая патокинография находится на подъеме.

Поэтому надо консолидировать силы, мобилизовать ресурсы, подготовить кадры.

В данном аспекте книга „Патокинография — в психиатрии и невропатологии“ приобретает значительную актуальность.

И. Бергер.

ОТ АВТОРА

Патопсихокинография — сравнительно молодая область работы. В системе психоневрологических наук она призвана играть роль выдающегося орудия массовой психопрофилактической пропаганды. В академических планах медицинской высшей школы и медицинских техникумов она займет незаменимое место учебного пособия. И, наконец, ее роль в качестве инструмента тончайшей научно-исследовательской работы придает ей первостепенное значение.

К сожалению, психиатры и невропатологи мало знакомы с основами патопсихокинографии. До самого последнего времени ей уделяется мало внимания; информация о ней недостаточна, необходимая литература отсутствует.

Налицо несомненный пробел. Вопрос мало освещен, неполно разработан, представляет большие трудности. Наша монография имеет своей задачей до некоторой степени восполнить этот пробел.

Посколько нам известно в литературе не имеется работы, которая пыталась бы комплексно и многогранно охватить сложность и совокупность изучаемой проблемы

ВВЕДЕНИЕ В ПАТОПСИХОКИНОГРАФИЮ

Предварительные замечания

Роль и значение художественной кинематографии, как выдающегося синтетического искусства общеизвестны. Мы присутствуем при ее исключительном расцвете, когда она обогатившись звуком (речь и музыка), развернула все свое многогранное богатство синтетической производной структурного комплекса ряда искусств (живопись, литература, музыка, театр и др.). Несмотря на свою молодость (всего 40 лет) она в настоящее время является одним из значительнейших культурных факторов. Некоторые исследователи называют кинематографию „седьмой великой державой", помещая ее непосредственно вслед за печатью.

Одновременно мощно развивается и научно-педагогическая кинематография. С каждым годом различные научно-исследовательские и педагогические учреждения все шире и глубже прибегают к помощи кинематографии для проведения своей повседневной работы.

По этому пути, на ряду с другими учреждениями идут и медикобиологические учреждения. Так в целом ряде естественных наук кинометод применяется с большой эффективностью для исследования таких явлений, которые недоступны простому глазу, невооруженному спецификой кинотехники. В медицинских дисциплинах (физиология, хирургия, гинекология и акушерство, невропатология и психиатрия и т. д. и т. д.) кинометодика завоевала себе прочное положение и

вошла в обиход повседневной научно-практической деятельности.[1]

Но особенного развития достигла и еще больше может достигнуть научно—педагогическая кинематография в области неврологии и психиатрии. На этом участке проделана большая работа. Выпущено много фильм. Достаточно указать, что на международном неврологическом конгрессе, состоявшемся в начале августа 1935 г. демонстрировался ряд фильмов, посвященых патофизиологии нервной системы, и клинике нервных заболеваний; в частности были показаны исследовательские фильмы, снятые на экспериментальном материале животных с удаленными лобными долями.

В своем отчете о работе конгресса акад. М. Б. Кроль указывал, что в секции экспериментальной неврологии и терапии было „продемонстрировано большое количество кинофильмов, показывавших новые методы исследования и результат вмешательства при некоторых болезнях".

Во время Международного физиологического конгресса в Ленинграде (август 1935 г.) был также показан ряд фильм. Многие из них посвящены различным вопросам высшей нервной деятельности.

К демонстрации на конгрессе были намечены следующие фильмы: Риццо — (Милан) — Повреждения лабиринта и нарушение движения у рыб.

Штейгаузен (Грейфсвальд) — О прямом препарировании и наблюдении чувствительных концевых участков внутреннего уха на живом животном.

Гезелл (Нью-Хевен) — „Щитовидная железа и рост детей кретинов". „Начало жизни".

Хаберленд (Кельн) — Гипнонаркоз.

Анохин (Москва) — Проблема центра и периферии.

Протопопов (Харьков). Условия образования моторных навыков и физиологическая их характеристика.

Гейманс Буккерт (Гент)—О переживании и оживлении энцефало-бульбарных нервных центров.

Галкин Н. И. (Ленинград) — физиология нервной системы.

---

[1] Журнал „Клиническая медицина" помещает такую информацию". В Париже организовано „Бюро медицинской кинематографии", во главе которого стоит д-р Фабр. Целью этой организации является выпуск медицинских и фармацевтических научных фильм; кроме того предполагается создать „Кино медицинских актуальностей", где, помимо научных фильмов, будут показываться конгрессы, заседания, медицинские экскурсии и т. д. Le Scalpel № 3—1935 г.

Павлов И. П. — Физиология высшей нервной деятельности у обезьян.

Петрова М. К. (Ленинград). — Фобия глубины.

Быков К. М. (Ленинград). — Эксперименты на человеке

Орбели Л. А. (Ленинград). — Собака и кошка с удален ным мозжечком и другими отделами центральной нервно системы.

Беритов И. С. (Тифлис) — Характеристика и происхождение индивидуального поведения позвоночных животных.

Асатиани (Тифлис). — Микроцефалия. Кроме того запо здала производством фильма „Экспериментальны - сон" (проф. М. Я. Серейский и А. А. Хачатурян), которую также предполагали показать на конгрессе.

Большинство этих фильм были показаны членам конгресса.

Еще большее значение приобретает научно-педагогическая кинематография в психиатрии, которая основным материалом своего научного познания (душевно-больной и его поведение) является наиболее благодарным объектом, максимально могущей использовать все технические возможности и достижения современной кинотехники.

В этом аспекте намечаются три основные и ведущие задачи, нуждающиеся в обстоятельном анализе:

Первая. Выявить специфику, объем, характер и методику включения научно-педагогической кинематографии в систему психиатрии, неврологии и смежных с ними дисциплин.

Вторая. Наметить пути ее развития в СССР.

Третья. Особо поставить вопрос и центрировать внимание на кинотерапии, как мощном лечебном факторе.

Определение понятия и классификация патопсихокинографии

Засъемку патологического материала, его отражение в фильмах, мы называем патокинографической методикой кинофиксации и документации патоматериала. Эта методика находит себе применение во всех методико-биологических дисциплинах, но не всюду она однотипна — одинакова.

Каждая дисциплина, в связи с ее особенностями, отражает свои вариационные специфичности, в патокинометодике. В нервной и психиатрической клиниках, патокинографические

методики будут иметь отличительные черты, обусловленные специфичностью питающих их наук — невропатологии и психиатрии. В связи с этим мы выдвигаем для этой области и особый термин — „Патопсихокинография".

Мы подчеркиваем условность этого термина. Объем его содержания шире, нежели это можно заключить из сочетательных компонентов его названия. В состав „патопсихокинографии" входит, по нашему пониманию, кинографическая фиксация материала следующих дисциплин: анатомии, физиологии и патофизиологии нервной системы, психологии, невропатологии и психиатрии, словом весь комплекс психоневрологических дисциплин.

Мы мыслим себе патопсихокинографию, как самостоятельную дисциплину вспомогательного характера, базирующуюся на специфической теории, методике и практике работы. По нашему мнению, патопсихокинография является структурным образованием, слагающимся из ряда взаимно переплетающихся и друг друга дополняющих ингредиентов. Разработка основных принципов построения патопсихокинографических фильм упирается в задачу изучения ее специфики.

Патопсихокинография является собирательным понятием, объединенным вокруг единого организующего научно-методического стержня. Существует несколько типов фильм, входящих в систему патопсихокинографии как синтетического понятия. Поэтому исследовательской задачей уже в разрезе самой патопсихокинографии, является выявление специфических особенностей каждого ее типа.

Мы мыслим себе общую классификацию типов патопсихокинографии в плане следующих подразделений:

А. Исследовательская патопсихокинография.

Б. Информационная (документационная патопсихокинография.

В. Педагогическая — с подразделениями на учебную и инструктивную фильмы.

Г. Научно-пропагандистская патопсихокинография.

Д. Художественная кинематография с подразделением:

а) на травматизирующую психику.

б) на успокаивающую, укрепляющую, воспитывающую психику.

Е. Специальная кинотерапевтическая патопсихокинография.

Каждая из рубрик данного подразделения является самостоятельной. Каждый из данных типов фильм диференцируется по теоретическим и практическим соображениям (целевое предназначение и рабочая нагрузка) от других типов. Само собой разумеется, что эта классификация относительна; на данном этапе еще нельзя дать совершенно законченной и исчерпывающей классификации патопсихокинографии. Между отдельными типами существуют пограничные виды, переходы, в которых один тип незаметно трансформируется в другой. Но это не играет существенного значения. Переходящие типы всегда с большим или меньшим успехом могут нами быть отнесены в одну из вышеуказанных рубрик; наличие же этих рубрик позволяет производить диференциальный анализ по теоретическим, методическим и практическим элементам каждого типа в отдельности.

Исследовательская патопсихокинография

Начнем анализ с исследовательской фильмы. Ее характеристика несложна, специфика ясна. Основная задача — служить научным орудием в исследовательской работе. Массового характера она не имеет. У нее узкая аудитория ученых, для которых важны ее результаты, ее научно-исследовательская нагрузка.

Свое содержание неврологическая и психиатрическая науки черпают из опыта, накапливаемого в клиниках нервных и душевных болезней. Поэтому изучению эмпирического материала в клинике всегда придавалось огромное значение. Однако, для научного познания решающую роль играет не столько безграничное накопление эмпирического материала, сколько качественный его анализ и умение воспринимать самое основное и самое ведущее. На целом ряде случаев можно проследить, что выявление научной закономерности не зависит от количества собранных фактов. Еще Гегель подчеркивал, что для открытия закона всемирного тяготения не надо было накапливать бесконечные случаи падения тел на поверхность земли.

Для всякой научной дисциплины вообще и психоневрологической в частности возможность глубокого восприятия изучаемого материала и тонкого анализа протекаемых процессов, упираются в проблему высокого качества общей и частной методик познания.

В этой работе мы фиксируем внимание читателя на патопсихокинографической методике изучения материала в клинике нервных и душевных заболеваний, которая по ряду причин мало использовывается в психиатрии и неврологии.

Включение этого метода в клинику следует отнести к 1905 г. С тех пор накопился богатый опыт применения метода как в самой клинике, так и в смежных с ней областях физиологии и патофизиологии центральной нервной системы, в особенности головного мозга.

По своей сущности патопсихокинографический метод является совершенно самостоятельным, оригинальным и базируется на специфической технике и практике работы.

Уже с первых шагов ознакомления с патопсихокинографической методикой приходится со всей определенностью констатировать, что она обладает такими техническими свойствами фиксации и анализа изучаемого материала, которые делают ее первостепенным научно-исследовательским орудием.

Первое свойство патопсихокинографии в данном разрезе — это ее способность документировать с абсолютной точностью психопатологические и невропатологические симптомы и синдромы так, как они проявляются у больного — в клинике заболевания. Всякое исследуемое влияние, в том числе и картину болезни в целом, равно как и отдельные симптомы и синдромы, можно запечатлеть на пленке. Пленка сохранит это на долгие годы.

По желанию экспериментатора исследуемые явления могут быть воспроизведены путем кинопроекции бесконечное количество раз в любой аудитории. Благодаря этому изучаемый клинический статус у разных больных может постоянно воспроизводиться в своем фактическом натуральном виде.

Несомненно это выдающееся свойство патопсихокинографии имел в виду проф. Адам (Adam), когда в своей статье „Значение кинематографа для педагогики и исследования“ заявил:

„Случай, который произошел в 1927 году в Берлине, может быть с подобной же достоверностью и точностью продемонстрирован в 1957 году в Токио и Сиднее“.

Второе свойство патопсихокинографии, как орудия исследования, это ее исключительная способность фиксировать изучаемое явление не только в данном моменте, не только в его статическом разрезе, но и в его динамическом выявлении. Патопсихокинографическая фиксация фактов является

динамической в отличие от других способов документации материала (рисунок, фото, диапозитив, плакат, скульптура, модель и т. д.), которые способны отражать лишь статику.

Для задач научного познания большое значение имеет выявление динамической кривой текущего процесса, акцентация характерных вариантных колебаний, его динамика, обрисовка важнейших нюансов течения и документация разнообразных вариаций в их поступательном движении. Фиксация динамики особенно актуальна в клиниках невропатологии и психиатрии при изучении нервно- и душевно-больных людей.

Об этом писали многие авторы, но наиболее определенно об этом заявил Мартин Вейзер, в своей работе „Медицинская кинематография".[1] Он указал, что:

„Эта специальная область (т. е. неврология и психиатрия—Л. С.) является уделом (ist die Domäne) кинематографии. Ибо многочисленные расстройства движений нервных больных и различные формы поведения душевно-больных находят себе в ней богатейшие выявления".

В-третьих, патопсихокинография обладает возможностью производить различные манипуляции с движением, „расчленять его, ускорять и замедлять". Это имеет огромное значение в смысле более полного и точного изучения исследуемого явления. Патопсихокинография дает возможность исследователю воспринимать и анализировать самые краткие этапы движения и при помощи этого выявлять ускользающие от невооруженного кинематографией глаза, различные тонкие специфические особенности при диференцировке познаваемых сущностей явлений.

Используя в клинике методику патопсихокинографии можно растянутый процесс протекания болезни индивидуума (например, шизофрении, прогрессивного паралича или другого психоза) длящегося годами, иногда и десятки лет, показать в какие-нибудь полчаса-час. Здесь патопсихокинография уплотняет время и суммирует растянутый во времени процесс.

С другой стороны, патопсихокинография может короткий или быстрый процесс замедлить и расчленить для более детального и углубленного изучения. Этому замедлению поддаются разнообразные формы и виды моторики, а также

---

[1] Dr. Martin Weiser. Medizinische Kinematographie. Dresden und Leipzig — Verlag von Theolor Steinkopff—1919.

внешне выявляемое поведение здорового и душевно-больного человека.

Об этом писал проф. Д. С. Фурсиков, заявляя:

„К сожалению, не все возможности, которые представляет кино, были использованы для научно-исследовательской работы. В частности мне кажется, что при помощи кино возможно определить скорость нервных процессов, протекающих в организме животного и человека“ (курсив наш — Л. С.)

В этом плане патопсихокинография дает исследователю возможность по желанию изменять масштаб и коэфициент времени.

Для осуществления этих особых задач уплотнения и расчленения времени, патопсихокинография располагает целым арсеналом кинотехнических средств, называющихся специальными способами киносъемки.

В своем зародыше эти специальные способы кинофиксации документального материала явились результатом плодотворнейшей исследовательской деятельности знаменитого французского физиолога Марея, который, преследуя цели изучения моторики животных и механизма полета птиц и насекомых, сконструировал сперва „фотографическое ружье“, а затем и специальную съемочную камеру, которая явилась прототипом современной кинокамеры.

Фотографическое ружье Марея позволяло делать 24 снимка в секунду с очень краткой экспозицией для каждого снимка.

Пользуясь своим аппаратом, Марей изучал полет птиц: в его работах имеются многочисленные серии снимков, изображающих различные фазы взмахов крыльев во время полета.

Все эти опыты были в свое время интересны, оригинальны но примитивны, что обусловливалось примитивностью конструкции съемочной аппаратуры.

Только с ростом кинотехники, когда были созданы аппараты, позволяющие делать 300, 500 и более снимков в одну секунду — проблема расчленения быстрых движений, была в основном решена. Новейшие аппараты этого рода позволяют делать до 60.000 снимков в одну секунду (самые последние конструкции делают до 80.000 снимков в одну секунду).

Сконструированные для этих целей аппараты получили название „Рапид“ и „Ультрапид“. Немцы называют их также „лупой времени“ (Zeitlupe).

Для задач патопсихокинографии такая огромная скорость является излишней. В этом плане совершенно достаточна секундная скорость в 200—300 снимков.

В настоящее время одним из распространенных аппаратов данной категории является съемочная камера Rapide G. V. (Grande Vitesse Camera), выпущенная фирмой Дебри в Париже. Она позволяет производить съемочные процессы разной быстроты от 16 кадров в секунду до 240 кадров. (Рис. 8).

Аппарат весь сделан из металла. Его зарядка равняется 400 м. негативной пленки. Употребляемая пленка имеет нормальный стандартный размер. Имеется специальный указатель, отмечающий расходование пленки в метрах во время съемки. Аппарат сконструирован таким образом, что процесс зарядки и вставки кассеты особых затруднений не вызывает и доступен всякому человеку после некоторой специальной подготовки. Аппарат может обслуживаться как рукой, так и мотором. Мотор приводится в движение аккумулятором, который расположен на одной из ног его треножника.

Для задач патопсихокинографии важное практическое значение имеет хронометр, которым снабжен этот аппарат, позволяющий точно отсчитывать время. Этот хронометр, установленный сбоку объектива (смотри рис. 8), попадает во время процесса съемки на пленку (в один из углов каждого кадра) и по движению стрелки в кадрах можно судить об истекшем времени. Данный хронометр представляет собой диск, разделенный на 100 делений. Вокруг этого диска вертится стрелка-указатель, которая в течение $^1/_5$ минуты делает полный оборот вокруг диска.

Благодаря этому, психиатру и невропатологу-исследователю легко точно подсчитать в каждом отдельном случае, сколько времени заняло то или другое явление, какое временное измерение имеет протекаемый припадок, патологические нарушения моторики и т. д.

Для того чтобы судить о значении для исследования процесса замедления и расчленения изучаемого явления, достаточно указать, что при средней скорости засъемки в 68 кадров, и проекции заснятого материала на экране с обычной скоростью 18 кадров в секунду, мы имеем замедление почти на 400 процентов Уже такое замедление позволяет нам углубленно изучить такие процессы, которые мы обычно слабо охватываем, например, замыкание век. При пользовании же камерой, которая позволяет делать 3200 снимков в секунду, замедление на экране получается в 200 раз меньше естественной скорости, что составляет 20.000 процентов замедления.

В-четвертых, патопсихокинография позволяет бесконечно воспроизводить заснятый материал на экране, что расширяет

и углубляет возможности его изучения. Патопсихокинографически зафиксированный материал может быть размножен и разослан; он будет смотреться многократно в различных научных учреждениях, пока в совершенстве его не постигнут.

Представленный рисунок (19) является кадром из фильмы „Орган зрения“. В схематической форме он представляет одну из фаз зрительного воспринятия у человека. Как известно воспринятие это — один из основных психических процессов у человека, при помощи которого он познает внешний мир. Клиника расстройств воспринятия имеет огромное значение. Особенно интересными в этом плане являются агностические расстройства.

Патопсихокинография может иметь выдающееся значение в деле изучения как самого механизма воспринятия, так и наблюдаемых при нем расстройств.

Для длительного и углубленного наблюдения над текущим патологическим процессом могут быть использованы способы систематической и цейтраферной съемки. Актуальное значение они имеют в клинике симуляций и дисимуляций.

Патопсихокинография в клинике симуляций и дисимуляций

Слова Закхиаса о том, что —

„... нет почти ни одной болезни, которая так легко симулируется и так часто бывает притворной, как умопомешательство и вместе с тем, нет ни одной болезни, которую так трудно распознать, как душевое страдание“.

— Имеют под собой достаточное основание. Как известно, в клинике приходится иметь дело как с симуляцией, так и с дисимуляцией. Как известно, подозрение на симуляцию не всегда может быть доказано. Существует целый ряд способов распознавания симуляции. Однако, почти все они малоудовлетворительны. Обычные, применяющиеся методы—субъективны, часто фиксируют поведение больного поверхностно, исследуют его примитивно. Выявление симуляции нуждается в объективном методе, регистрирующем поведение симулянта или дисимулянта в течение круглых суток (в течение ряда дней), причем таким образом, что бы объект наблюдения об этом и не подозревал.

Таким методом является патопсихокинография, которая, будучи поставлена на основе специальной технической базы, сможет систематически фиксировать поведение больного и документировать его на кинопленке.

Для этого необходимо одну из палат лечебного учреждения сделать „**кинонаблюдательной**“. Это означает, что нужно оборудовать специальную палату, киноаппаратуру нужно вынести из нее, установить ее вне стен палаты, в эти последние секретно вмонтировать в разных местах съемочную аппаратуру и автоматизировать съемочный процесс настолько, чтобы больной, сам того не замечая и не подозревая, снимался бы на пленке, в какой бы части палаты он не находился.

Аналогичная работа, только на другом материале (детском), и с другими задачами (киноизучение поведения детей (была уже проведена и довольно удачно.

Мы имеем здесь в виду опыт психоклиники детского развития Иельского университета в США. Директор клиники Арнольд Гезелл (Arnold Gesell) напечатал отчетную статью о работе клиники, перевод которой на русском языке дан в № 4 за 1933 г. в журнале „Советская психоневрология“. Клиника детского развития основана с 1911 г.

В этой деятельности клиники для нас самым интересным, в рамках наших задач по линии психокинографии, является опыт систематического кинематографирования, которое, как один из основных методов введен в систему научно-исследовательской работы этого научного детского учреждения.

Клиника систематически производит психокинографические засъемки детей. Необходимость этой работы Гезелл мотивирует следующими соображениями (цитируем по русскому переводу):

„Формы поведения оказывается вполне возможным фиксировать при помощи фотографирования. В кино же мы имеем **полезнейший** инструмент, который служит одновременно и для систематической фиксации и для экспериментального анализа организующегося поведения. **Кино фиксирует точно и беспристрастно; а запоминает** оно — безошибочно. В любой данной ситуации оно запечатлевает всю совокупность внутренне увязанных движений ребенка. Оно фиксирует одновременное положение головы, туловища, рук, ног, глаз, лица. **Оно изображает поведение в его последовательности**, во всей его сложной целостности и позволяет нам **изучать любую деталь** поведения, как застывший слепок. Благодаря огромной частоте заснятий, оно улавливает последовательность изменений внутри одного и того же эпизода поведения. Оно, таким образом, разворачивает перед нами весь ход развития запечатлeнных в формах, характеризующих различные возрастные уровни. Оно обеспе-

чивает нам подлинно протокольную регистрацию, которой мы пользуемся для объективного и сравнительного изучения". (Разрядка наша — Л. С.).

Для проведения систематической кинографии детского поведения клиника сконструировала особую „кинонаблюдательную палату". По специальной конструкции был создан большой стеклянный купол, предназначенный в качестве места кинографического процесса. Наружная часть купола окрашена в белый цвет. Пространство за куполом затемнено. Благодаря этому приспособлению наблюдатель, находящийся вне купола видит все то, что происходит внутри его, в то время, как находящиеся внутри купола (дети) не видят того, что делается снаружи его. (Рис. 2).

Съемочная аппаратура вмонтирована в двигающиеся ящики, последние перемещаются по всему куполу и могут быть установлены под любым углом объектива и быть наведены на любой объект, находящийся внутри купола. Перемещение аппаратуры производится путем воздушных передач. Съемочная аппаратура, в составе 3 аппаратов, может работать вся вместе и производить засъемку под разными углами зрения, давая таким образом, дополняющий друг друга материал. Два аппарата, располагающие электрическим контактом могут дать симультанные записи. Отрезок пленки в $2^1/_2$ фута позволяет заснять 100 последовательных кадров. Полученные фильмы получают название, нумеруются и передаются в клиническую фильмотеку.

По этой методике были обслужены 25 детей — наблюдение над ними продолжалось около пяти лет. Результаты превзошли ожидание. За 10 сек. кинографическая запись дает 160 кадров, фиксирующие отдельные моменты — эпизоды поведения.

Полученный материал изучается на экране, путем многих его повторных воспроизведений. Исследователь получает, благодаря этому, возможность многократного обследования содержания и детального его познания.

Очевидно, что такая кинонаблюдательная палата актуальна и в стенах психиатрической клиники.

Помещая в такую палату изучаемого больного, мы получаем возможность объективного и точного наблюдения за ним, с тщательной фиксацией всех интересующих нас элементов поведения.

Такая систематически проводимая кинозапись поведения больного, актуальна для изучения различных этапов и фаз протекаемого заболевания.

В этом плане нельзя не согласиться с Гезеллом, который замечает:

„В исследованиях развития очень полезно бывает приводить данные прошлого и настоящего в как можно более тесную связь — и научная ценность кинематографии и заключается именно в том, что она делает возможным проведение наблюдений трех видов: аналитического, использующего повторение и манипулятивного. Она также делает возможным, и при том в безграничных широких[1] пределах — классифицирование изменчивых форм детского поведения". (Разрядка наша — Л. С.)

На основании вышеизложенного можно утверждать, что такая кинонаблюдательная палата является необходимейшим компонентом всякого невропсихиатрического учреждения, занимающегося научно-исследовательской работой. Она позволит вести систематическую патопсихокинографическую работу, которая будучи поставлена на специальную техническую базу, крайне упростит саму практику и методику засъемки, избавит больного от всяких неприятных переживаний по поводу того, что он объект съемки и даст исследователю ценный научный материал, легко поддающийся углубленному, детальному анализу.

Цейтраферная киносъемка

Цейтраферная киносъемка позволяет глубже регистрировать разнообразные вариации поведения испытуемого. Цейтраферные съемки производятся автоматически, путем сочетания съемочной камеры со специальным часовым механизмом, отсчитывающим время и пускающим в ход съемочную аппаратуру. Одним из основных аппаратов этого порядка является специальная конструктивная установка Дебри. Она снабжена специальным электромотором, который при помощи вала вращает съемочный аппарат. Механизм так сконструирован, что можно изменять промежутки времени засъемки от 1 секунды до часу и более. Наверху аппарата приспособлен небольшой показатель, который, на градуированной линейке

[1] На просмотре в „Доме Кино", организованном Ленинградской киностудией „Союзтехфильма" и просмотровым бюро 15 Международного физиологического конгресса, демонстрировалась на ряду с другими фильмами, картина Гезелла: „Начало жизни", показывающая поведение ребенка в первые месяцы его жизни.

отмечает темп периодичности засъемки. В патопсихокинографии цейтрафер имеет потому большое значение, что он позволяет не прерывать исследовательской работы. В то время, как при обычных условиях, ученый не может всегда следить за объектом своего изучения, и должен отрываться для всяких других дел — сон, питание и т. д., цейтрафер с точностью тщательно проверенного механизма регулярно ведет точное наблюдение и запись происходящих явлений. Механизированный цейтрафер автоматически включает съемочную камеру для съемки, и затем выключает ее, чтобы через некоторый промежуток времени все снова повторить. И таким образом цейтрафер может работать дни, недели, месяцы; требуется только, чтобы научные работники клиники наблюдали за исправностью его механизма и следили за правильной его зарядкой и заводкой.

Немецкий цейтрафер, выпущенный фирмой „Аскания" (Askania) также производит автоматическую засъемку. Аппарат приводится в движение небольшим электромотором. Специальная скала на регуляторе позволяет установить для аппарата темп засъемки. Аппарат заводится на три дня. Однако существующие цейтраферные установки не полностью удовлетворяют патопсихокинографию. Требуются новые, более совершенные специальные конструкции.

Информационная (документационная) патопсихокинография

Информационная патопсихокинография непосредственно примыкает к исследовательской. Различие заключается в целевой установке и рабочей нагрузке. Как правило информационная фильма не ставит себе исследовательских задач. Ее функция это только фиксация материала, без исследовательской его обработки. В клинике по методу документационной патопсихокинографии организуется архив, снимаются отдельные случаи. Поэтому с одной стороны документационная фильма связана с исследовательской и до известных размеров снабжает ее материалом, имеющим научное значение, а с другой стороны она является методом обычной кинофиксации, при помощи которого снимаются „киноистории болезни"; документационная фильма редко прибегает к специальным способам киносъемки; она не ставит себе целью манипуляций с движениями и временем (расчленение, замедление, суммирование — уплотнение). Все эти процессы отходят к спе-

циально исследовательской патопсихокинографии. Здесь же остается нормальная съемка, обычная фиксация материала. По существу информационная фильма не всегда остается самодовлеющей; часто она является полуфабрикатом и используется в качестве материала, нуждающегося в дальнейшей проработке или под углом зрения исследовательских установок, или педагогических (для школы), или пропагандистских (санитарно-просветительных — для широкой аудитории).

Поэтому в то время, как исследовательская патопсихокинография нуждается часто в сложных съемочных конструкциях — рапидных, цейтраферных и других установках, информационная (документационная) фильма производится обычной нормальной киносъемочной аппаратурой.

Упрощение аппаратуры ведет к облегчению съемочного процесса. Если для специальных сложных конструкций, требуются особые специалисты, то на нормальных обычных аппаратах могут снимать медицинские работники, прошедшие подготовительные курсы На рисунках (3—8) мы даем несколько типов такой аппаратуры.

Рис. (3) показывает узкопленочный съемочный аппарат „Кинамо". Весит он около кило. Его размер 11 × 9 × 6 см. Фокусное расстояние 15 мм. Действует он автоматически пружинным приводом. Продолжительность средней экспозиции — $^1/_{30}$ секунды. Длина зарядового ролика пленки — 10 метров. А вот тип „Кинамо" для нормальной пленки (4). Его заряд рассчитан на 25 метров пленки. Располагает двумя скоростями — быстрой и замедленной. Завода пружины хватает на 6 метр. пленки. Работа с ним проста — аппарат приводится в движение нажатием кнопки. Нормальные аппараты имеют больший заряд пленки. Z — камера фирмы „Аскания" заряжается 120 метр. нормальной пленки. Механизм допускает ускорение засъемки до 100 кадров в секунду. К аппарату можно приобрести специальное приспособление для фиксации времени на пленке. Для дальних съемок, т. е. съемок на дальнем расстоянии, применяется специальный телеобъектив. В психиатрии он может найти применение для засъемки издалека — гуляющих больных, трудовые процессы на воздухе и т. д.

Интересны также различные штативы (подставки для аппарата), вырабатываемые этой же фирмой; так предлагается штатив для стола (Tisch stativ — см. рис. 6). Его высота 30 см. Вместе с аппаратом он устанавливается на столе, удобен в исследовательских кабинетах, научных лабораториях и т. д. Другой тип штатива — грудной (Brust stativ 5). Как

показывает рисунок — удобно надевается на плечи, портатичен и прост в обращении.

Для проведения документационных микрокиносъемок в лабораториях клиники, наилучшим по своей простоте и экономности следует признать аппарат „Mikrophot", выпущенный фирмой „Zeiss — Lkon". (Рис. 7).

Аппарат представляет из себя остроумное сочетание обычной кинамо для нормальной съемки (см. рис. 4) с микроскопом. К достоинствам „микрофота" следует отнести то обстоятельство, что киносъемочный аппарат установлен вертикально, находится в нормальном положении и не мешает процессу наблюдения в микроскопе во время съемки. Вся установка мала по размерам и легко переносима из одного помещения в другое.

Более сложным сооружением, снабженным рапидным съемочным аппаратом „Дебри" „G. V" является микро-киноустановка проф. Командона в Париже [1]. Она рассчитана на углубленную исследовательскую деятельность и требует для работы с ней серьезной киноподготовки. При помощи этой установки проф. Командон делает съемки микроскопического мира с различной скоростью, доходящей до 240 снимков в секунду. С другой стороны аппарат рассчитан и на цейтраферные снимки, которые могут происходить в произвольные промежутки времени, начиная от нескольких секунд и кончая минутами и часами. Установка располагает часами, которые при съемке попадают в угол кадра и точно фиксируют время протекания явления. Специальный термометр выявляет образующуюся температуру осветительной аппаратуры и степень нагревания препарата. Съемочный аппарат приводится в движение электрическим мотором, который помещен непосредственно на бетонном фундаменте под стальным столом. Установка пускается в ход нажимом ноги оператора и останавливается при нажатии специального тормоза. С этой установкой проф. Командон произвел ряд интересных засъемок и получил ценные в научном отношении результаты.

С точки зрения психиатрии заслуживающей внимания является засъемка, посвященная бацилле сонной болезни. Величина этой бациллы равняется 0,0005 мм. Командон снимал

---

[1] Согласно плану вводной главы, следовало бы описание этой установки перенести в раздел „исследовательской патопсихокинографии". Но, чтобы не разрывать описание микрокиносъемочной аппаратуры на два раздела и, исходя из удобства читателя в ознакомлении с ней, мы решили всю микрокиносъемочную аппаратуру оставить в данном разделе.

ее со скоростью 32 снимков в секунду. Увеличение на экране, по сравнению с нормой равнялось 200.000 раз и микроскопические бактерии имели величину червей. Как известно, сонная болезнь была открыта Д. Брюсом (Bruce), которого Английское Королевское общество послало в Уганду (Британская Восточная Африка), чтобы изучить эпидемию. Болезнь эта передается через укусы мухи Це-це и в подавляющем большинстве случаев является смертельной. Для создания фильмы, трактующей это заболевание, Командон прививал бациллы сонной болезни мышам и, пользуясь киносъемочным аппаратом, показал постепенное развитие болезни, как во внешних ее проявлениях, так и в картине крови. Все фазы болезни он проследил при помощи кино. Внешнее проявление болезни (клинику) он снимал нормальной киноаппаратурой, а картину крови—специальной (вышеописанной) микрокиносъемочной аппаратурой.

Педагогическая патопсихокинография

Педагогическая патопсихокинография обусловливает несколько иные подходы в работе. Она требует специфического сценария, продуманной структурной композиции педагогического процесса и сочетания разнообразных элементов кинометодики с педагогикой. Поэтому она большей частью ставится на особых кинофабриках, руками киноработников, под научным руководством врачей-специалистов. Правда, отдельные исследовательские и документационные фильмы могут одновременно служить и учебными пособиями. Но для создания полноценной педагогической фильмы, тесно увязанной с академической программой учебного плана, требуется более сложный производственно-методический процесс, который удобнее проводится на специальной кинофабрике, или хорошо оборудованном киносекторе клиники (по примеру Клейстовской—во Франкфурте на Майне). (Рис. 1).

В задачу педагогической патопсихокинографии входит функция подготовки кадров. В этом аспекте она выступает, как учебное пособие: она должна учить конкретному, т. е. обучить, материалу, подлежащего к усвоению, помочь овладеть его основами. Эффективность патопсихокинографии в этом плане, как учебного пособия, обусловливается педагогическими свойствами кинематографии, которые выражаются в максимальной наглядности, по сравнению с другими учебными пособиями, динамичностью и несвязанностью рамками времени

и пространства. Педагогическая патопсихокинография делится на два вида:

Первый—это учебная патопсихокинографическая фильма, строящаяся в строгом соответствии с вузовскими психиатрическими учебными программами; фильмы, в которых материал подносится с акцентом на его теоретическое осмышление.

Второй вид—это инструктивная патопсихокинографическая фильма. Ее задача значительно уже учебной. Она не обучает теоретическим основам процесса, а дает конкретный инструктаж по его реализации, по его выполнению. Обыкновенно она даже конструируется не на материале всего явления в целом, а на базе отдельных, наиболее сложных моментов, которые, требуют углубленного инструктажа. Этот вид фильмы особенно актуален для среднего медицинского персонала в психиатрических учреждениях. Путем аналогичных фильм может производиться практический инструктаж сложных медико-технических мероприятий, физиотерапии, искусственного кормления через зонд душевно-больных и т. д. Большим преимуществом фильмы является возможность, путем расчленения трудного для понимания процесса, по отдельным этапам и выделения основного, добиваться более четкого и повышенного восприятия проводимой технической операции.

Научно-пропагандистская патопсихокинография

Третий раздел классификации — научно-пропагандистская патопсихокинография. Следующие отличительные черты диференцируют ее от других типов классификационной таблицы:

а) *По линии аудитории*: не узкий круг научных работников, не ограниченная аудитория учащихся, но многомиллионное население страны — самые широкие трудящиеся массы. Эта массовая аудитория может быть, как смешанной (тип обычного кино-театра), так и диференцированной, специальной, в зависимости от содержания и целевого направления фильмы.

б) *Ведущие установки*: массовая популяризация основ неврологии и психиатрии, психопрофилактики и психогигиены, с углубленным освещением вопросов на большой научной высоте. Недопущение вульгаризации, упрощенчества и грубой схематизации в процессе кинематографического оформления популяризуемого санитарно-просветительного материала.

в) *Классификация*: фильмы этого раздела могут оформляться в разных направлениях. В связи с этим будут полу-

чаться разные видовые вариации. Классификация этих фильм может быть сведена к следующим трем основным видам:

1) Фильмы художественного порядка — построены по принципам художественной кинематографии. В основе такой фильмы лежит научная тема. Весь материал подобран в соответствии с ней. Но само оформление чисто художественное. Тема раскрывается в драматургическом, художественном плане. Научного материала, как такового, она обычно не содержит, или же включает его в минимальной степени. В такой фильме научная идея раскрывается и пропагандируется через взаимоотношения людей, через их борьбу, через систему художественных образов.

В качестве примеров такого направления санитарно-просветительной тематики патопсихокинографии можно назвать фильмы: „Смеем ли мы молчать“, „Тайна одной души“ и т. д. (подробнее об этих фильмах в следующих главах).

2) Фильмы художественно-научного характера — строятся по принципу сюжетного художественного оформления научного конкретного материала. Примером являются фильмы „Кто виноват“, „Больные нервы“ и др.

В фильме „Больные нервы“ на базе занимательного сюжета, художественно вскрывающего переживания невротика, его служебные и бытовые неувязки в связи с болезненным состоянием, дается ряд определенных сведений по анатомии и физиологии головного мозга, рассказывается о проводящих путях, о нервной клетке, ее функциях и т. д.

Само собой разумеется, что в художественно-научных фильмах этот конкретный дидактический материал подается в другом аспекте, чем в педагогических картинах. В частности, если мы для сравнения возьмем анатомо-физиологический материал ленты „Больные нервы“ и сравним его с аналогичным по тематике материалом учебной фильмы „Нервная система“, то мы увидим различный их характер.

В первом случае материал подносится более популярно, более поверхностно, преследуя задачи подачи массовому зрителю общих представлений о трактуемом вопросе. Во втором случае, чувствуются выраженные педагогические установки. Материал трактуется глубже, подносится школьному зрителю более разносторонне и преследует задачи более основательной его проработки, чем это имеет место в художественно-научной фильме, направляемой в массовую аудиторию.

3) Научно-популярные фильмы — они также рассчитаны на самую широкую аудиторию. Материал освещается в санитарно-просветительном, популярном аспекте. Отличием от предыдущих двух видов является отсутствие художественно-оформительной рамки. Сюжета в них нет. Материал обычно подается в плане научно-популярной лекции, с постепенным его усложнением от более легкого к более трудному, от более простого к более сложному. Примерами таких фильм являются: „Алкоголь“, „Механика головного мозга“, „Утомление“ и др. Все эти фильмы построены на серьезной научной базе и представляют собой интересные попытки массовой профилактической пропаганды.

Художественная кинематография в системе патопсихокинографии

Художественная кинематография, которая на первый взгляд не имеет прямого и непосредственного отношения к патопсихокинографии, очень часто ее выявляет. Эта взаимосвязь художественной кинематографии с патопсихокинографией может выражаться в нескольких направлениях.

Первое. Различные психопатологические мотивы находят свое отражение, как тема и, как материал, в структуре кинематографического художественного произведения. Примеры: „Путевка в жизнь“, „Обломок империи“ и др.

Подробнее об этом в следующих главах.

Второе. Иногда своей тематикой, содержанием и структурой композиции художественная фильма может иметь самое отрицательное воздействие на психику зрителя. О вредном разлагающем деморализующем влиянии таких фильм писалось немало.

Даже в буржуазной Германии такие фильмы еще 25 лет тому назад получили специальный термин: „Schundfilm“, т. е. дрянные, вредные фильмы.

Третье. Высококачественная художественная фильма с заряжающей темой, здоровым материалом и положительной целеустремленностью, может явиться источником успокоения нервной системы, оздоровляющего влияния на психику, укрепляющего воздействия на весь организм, на всю личность в целом. Здесь художественная фильма выступает, как психотерапевтическое орудие, как фактор, так называемой „кинотерапии“, т. е. использования кинематографии в качестве терапевтической процедуры.

Кинотерапевтическая патопсихокинография

Шестой раздел классификации это — специальные кинотерапевтические фильмы, создаваемые для лечения нервных и душевно-больных. Речь идет о создании новой методики долженствующей занять видное место в общей системе терапевтических мероприятий в наших психоневрологических диспансерах, санаториях, психиатрических больницах и клиниках.

Примером такой терапевтической фильмы, предназначенной для лечения алкоголиков (использующей метод гипноза) является картина „Раз и навсегда". Подробнее в следующих главах.

Суммируя все вышесказанное мы видим, что патопсихокинография слагается из трех основных разделов:

Первый — это научно-исследовательская и документационная часть использования специальной патопсихокинографической методики для целей научного исследования, познания и информации.

Второй — это педагогическая и научно-пропагандистская часть использования психопатокинографии для задач пропаганды, учебы и инструктажа.

Третий — терапевтическая часть — использование кинематографии, как специального орудия лечебного воздействия.

Таким образом, патопсихокинография является сложным комплексом разных методик, создаваемых на базе кинотехники, пронизанных единым стержнем взаимоотношений формы и содержания, целевого предназначения и соответствующего кинооформления.

Установленная классификация типов и видов психокинографической продукции, позволяет диференцировать производственные процессы их создания, и более совершенно прорабатывать методику построения каждого вида и типа в отдельности.

В процессе создания любой патопсихокинографической фильмы должны быть приняты в обязательное внимание следующие ингредиенты:

а) Психопатологический материал, подлежащий кинооформлению.

б) Научно-методическое предназначение создаваемой патопсихокинографической фильмы.

в) Методика кинооформления.

В зависимости от типа или вида фильмы, ее специфики в патопсихокинографическом аспекте, при ее построении будет в большем или меньшем объеме мобилизоваться психопатологический материал, учитываться будущая аудитория (ее общекультурный уровень, подготовка, запросы и т. д.) и выбираться наилучшая для данного конкретного случая методика кинооформления материала.

Мультипликация

При создании патопсихокинографических фильм первых четырех разделов классификации (исследовательская, информационная, педагогическая, научно-пропагандистская), почти всегда в большей или меньшей степени прибегают к так называемой мультипликации.

В производственных процессах создания этих типов фильм, мультипликация, строящаяся по принципу рисованной или объемной методики, имеет большое значение. Термин мультипликация происходит от французского слова „multiplication", что означает умножение. В мультипликации мы имеем размножение в рисунках снимаемого объекта.

Выдающееся значение мультипликации проистекает из того факта, что она обладает способностью обнажать и выявлять скрытые, невидимые глазу процессы.

Рисованные схемы, отражающие фактические соотношения явлений, вскрывающие их сущность, поданные в динамике, соответствующей истинному течению процесса, являются незаменимым средством педагогики, инструктажа и массовой пропаганды.

Эти специфические особенности мультипликации особенно актуальны для психиатрии и неврологии. Процессы, происходящие в нервной системе — скрыты от непосредственного взора наблюдателя. Для начинающего студента, для обычного зрителя массовой аудитории, абстрактное представление этих процессов является довольно затруднительным. Различные схемы на бумаге, диапозитивы, отражающие статику явления, не дают представления о характере его динамики. Только мультипликация, имеющая возможность дать наблюдателю ясное восприятие специфических особенностей сущности

явления в его движении, наиболее эффективно просвещает малоподготовленного зрителя по этой линии.

Конкретным, наглядным примером являются два мультипликационных кадра („Схема восприятия ухом звуковой волны“ и „Схема лабиринта“) из фильма „Как устроено и работает тело человека“. (Рис. 22—23). Фильма предназначена для школьной аудитории. Имеется специальный раздел об органах чувств. Школьнику трудно представить сущность восприятия звуковой волны ухом. Анатомия и физиология органа слуха сложны. Отдельные этапы его функции трудно понятны. Мертвые схемы на плакате и диапозитивы мало говорят юному уму. Кинография видоизменяет и модифицирует всю систему подачи материала. Она по своему, с учетом своих возможностей, на основе своей специальной — технической базы, используя свои методические возможности, перестраивает характер и систему подачи материала. В результате — невидимый до этого звук в виде условной схемы расходящихся концентрических кругов достигает схемы уха. Звуковая волна задерживается и направляется ушной раковиной вглубь уха. Школьник видит, как динамически приводится в движение вся система устройства уха. Он наблюдает в работе действие отдельных частей, механизмов. С максимальной четкостью видит он процесс восприятия звука. Материал, воспринимаемый в таком разрезе запоминается крепко и надолго. Эффективность понимания и усвоения материала выше, чем при пользовании всякими другими методами обучения и пропаганды.

Киноархив патопсихокинографии

В заключительной части этой главы мы хотели коснуться еще одного установочного вопроса. Мы имеем здесь в виду проблему создания патопсихокинографического архива. Франкфуртская клиника Клейста имеет в своем распоряжении патопсихокинографический киноархив, насчитывающий сотни ценнейших исследовательских и педагогических фильм по неврологии и психиатрии.

Большая значимость такого киноархива бесспорна. В нем хранятся редкие случаи отдельных больных. В нем подбираются все наиболее интересные „кино-истории“ болезни. В нем сосредоточивается весь научно-исследовательский фильмовый материал. К его услугам широко прибегают в процессе преподавания.

Сочетание архивного фильма с архивной историей болезни психиатрического учреждения, будет давать в руки педагога и исследователя исключительной актуальности научно-педагогический материал. Время стационирования такого больного будет иметь меньшее значение нежели это имеет место сейчас. Больной может умереть, но для научной психиатрии, для целей преподавания он остается жить на экране всегда, т. е. до того времени пока материально сохраняется „жизненность" пленки.

Примером, иллюстрирующим это положение является факт патопсихокинографии б-го микроцефалией в Психиатрической клинике 1-го М. М. И.

Б-ой поступил 11|XII 1932 г. Фамилия неизвестна; больной был снят в студии № 2 Союзтехфильма. Получился документальный фильм, протяженностью в 180 метр., на котором запечатлены основные моменты поведения больного, все своеобразие его моторики.

В фильме зафиксировался материал большой значимости, редкий и актуальный для целей преподавания.

Просматривая материал на экране, приходится согласиться с тем, что если с б-ым что-либо случится, если больной погибнет, то своеобразие б-го, особенности его моторики, его поведение сохранятся, как для целей преподавания, так и научного исследования.

Этого нельзя сказать про другой редкий случай микроцефалии, который был стационирован в Психиатрической клинике 1-го М. М. И. несколько десятков лет тому назад.

Мы имеем в виду знаменитую Машуту, которая лежала в клинике.

Что осталось от образа данной б-ой, особенности ее поведения, от всего своеобразия случая. Пара неудачных, мало говорящих фотографий того времени, история болезни и научная работа описательного характера.

Однако на основании всех этих материалов, мы не можем с достаточной четкостью представить себе всю клиническую картину этого случая. Настоящий образ Машуты остается от нас скрытым. Исследователям, работающим в области проблемы микроцефалии, приходится, как в данном случае, так и в целом ряде других — довольствоваться суррогатным неполноценным архивным материалом.

Организация патопсихокинографических архивов в корне изменяет ситуацию. Весь снятый в Союзе патопсихо-

кинографический материал будет к услугам всех психиатрических учреждений. Дешевизна производства кинокопий и техническая простота их выпуска, создадут прекрасные предпосылки к распространению ценных патопсихокинографических работ по всей основной невропсихиатрической сети.

Тогда на очереди дня станет техническая сторона вопроса организации киноархива—создание наиболее благоприятных условий для длительного сохранения снятой пленки, готовых фильм.

Из года в год будут выходить новые патопсихокинографические фильмы. Их надо отбирать, систематизировать, и для них создавать условия наиболее благоприятного хранения. Это дело киноархива.

Задача организациии патопсихокинографического архива упирается в технику мероприятий по сохранению фильм. Фильмы помещаются в металлические коробки; коробки ставятся на обшитые железом полки или шкафы. Шкафы киноархива это — специальные склады. Пожарная охрана тщательно следит за безопасностью от огня. Сырость не должна проникать на пленку.

Кроме больших шкафов для фильм применяются маленькие, обитые металлом, шкафчики, т. е. фильмостаты.

Такой фильмостат, состоит обычно за границей из пяти полочек; на каждую из них кладут по одной катушке фильмы в металлической коробке. Таким образом в шкафу помещается один фильм в пять частей. Небольшой размер шкафа объясняется желанием конструктора абсолютно отделить один фильм от другого в целях большей их изоляции. Шкаф сделан из дерева и обшит жестью и имеет одну общую дверь, плотно закрывающую одновременно все отделения шкафа.

Еще большую защиту от огня и проникновения воды дает конструкция фильмостата, в котором каждая полка имеет собственную металлическую дверцу.

У нас, в СССР, наиболее распространенный тип фильмостата обшит жестью, имеет 10 полок. На каждую полку ставится по одной катушке. Закрывается фильмостат одной общей плотно прикрывающейся дверцей.

Все эти технические мероприятия не представляют ничего сложного. Они легко преодолеваются. По мере развития патопсихокинографии, у нас будут создаваться мощные мате-

риальные предпосылки для полного технического оснащения всех процессов, связанных с производством фильм, их прокатом и хранением.

Международный характер патопсихокинографии

Патопсихокинография имеет международный характер. Все то, что создается по этой линии в одной стране, легко может стать достоянием других стран. Изобразительный язык кинематографии интернационален. Он понятен всем.

Надо изучать международные достижения патопсихокинографии.

Нам целесообразно ознакомиться с опытом заграницы, критически его проработать, отбросить все негодное, малоценное и освоить положительные результаты.

Изучая иностранную патопсихокинографию, надо последнюю, в свою очередь, информировать о наших достижениях по этой линии. Для осуществления этого надо установить научный контакт с ведущими невропсихиатрическими учреждениями заграницей, работающими в области патопсихокинографии, на предмет обмена опытом, и взаимного изучения полученных итогов. Патопсихокинография в большей мере, чем литература (периодика и монографии) интернациональна, ибо говорит на языке наглядных видимых образов и схем.

На организуемых научных съездах, как внутренних, так и международных, демонстрация новейшей патопсихокинографической продукции, рисующей научную плодотворную работу Советской неврологии и психиатрии, должна найти свое постоянное место.

Соответствующий опыт уже имеется. На ряде съездов последних лет кинодокументация научных докладов приобретает все большее распространение: на Международном неврологическом конгрессе в Лондоне (июль 1935 г.) и Международном конгрессе физиологов (Ленинград — Москва — август 1935 г.), как мы уже указывали, демонстрировался ряд научных фильм, созданных в разных странах.

Это только начало. Не приходится сомневаться в том, что на будущих международных съездах патопсихокинография будет представлена в еще большем объеме, и можно быть уверенным в том, что большинство научных докладов, имеющих важное значение на таких съездах, будет сопровождаться демонстрацией фильм.

Технические перспективы кинематографии и их значение для патопсихокинографии

Мы присутствуем при большом техническом расцвете кинематографии. За последние 10—12 лет коренным образом изменилась вся ее техническая база. Достигнутые результаты превосходят те мечты, которые 12—15 лет тому назад высказывали крупные, и для своего времени, ведущие работники данной области искусства.

В этом отношенни крайне характерны и „показательны" высказывания такого выдающегося деятеля, каковым являлся в свое время известный американский кинорежиссер Гриффитс.

Он давал прогноз будущему кинематографии.

В том числе и цветной и звуковой кинематографии...

В отношении будущего цветной кинематографии он говорил:

„Меня часто спрашивают о значении цветной фотографии для кино. Через 100 (сто) лет (убежден, что это не утопия) будет изобретена эмульсия, которая при заснятии будет давать цветной негатив, легко переводимый на цветной же позитив". [1]

А в отношений будущих возможностей звуковой кинематографии он прямо отрезал:

„В 2024 году (т. е. тоже через 100 лет.—Л. С.) все должны убедиться, что говорящее кино—абсурд. Фильма по своей природе не может быть связана со словом. Кино—это в полном смысле „Великий немой" (разрядка наша.—Л. С.).

Так говорил ведущий для своего времени в мировом масштабе кинорежиссер-постановщик „Водопада жизни", „Нетерпимости" и ряда других выдающихся фильм; художник, который в своих произведениях применял новейшие достижения кинематографии, и, которого никак нельзя было назвать консерватором техники. И что же? Прошло каких-нибудь двенадцать лет и какие результаты мы имеем?

Звуковая кинематография, которая еще вчера казалась неосуществимой мечтой, на сегодняшний день уже полностью разрешена, вопреки пророчествам Гриффитса.

---

[1] Цитировано по книге „Чудеса Кино" — авторы: инженер З. Гинзбург и В. Фурдуев. Издание „Московский Рабочий" — 1927 г.

Цветная кинематография, для появления которой, по мнению Гриффитса, требовалось сто лет, почти уже разрешена.

На международном кинофестивале (1935 г. — Москва) демонстрировался ряд цветных фильм, в том числе американская „Кукарача", в которых мы видели блестящую подачу цветной симфонии картин. Эти же фильмы потом демонстрировались в Москве в 1936 г.

Опыты советских изобретателей цветной кинематографии, в том числе выпуск сборной программы „Карнавал цветов" (режиссер Н. Экк) и постановка тем же режиссером большого художественного цветного-звукового кинопроизведения „Соловей-Соловушко", говорит весьма убедительно о том, что разработка проблемы цветной кинематографии находится на верном пути, а ее разрешение в экспериментальном плане уже осуществлено. Завтрашний день принадлежит массовому фабричному производству цветных фильм. Значение звуковой кинематографии для патопсихокинографии очевидно. Что же касается цветной, то она будет иметь для патопсихокинографии также выдающиеся значение. Цветная патопсихокинография будет способствовать лучшей документации цветных показателей б-го. Она будет способствовать лучшему восприятию внешних данных больного, в частности его кожного покрова.

Она окажется весьма полезной в засъемке патолого-анатомических работ на мозге, сохраняя для исследователя окраску измененных очагов мозгового вещества.

Она повысит качество тестовых зрительных испытаний в психологии и психопатологии. Она позволит провести интереснейшие испытания по линии расстройств зрительных восприятий.

Затем, что мы уже отмечали в нашей работе „Научная кинематография, как новый метод исследовательской работы в психиатрии" — и что является самым главным — по правильному указанию Тица, напечатанном в журнале, издаваемом Международным институтом воспитательной кинематографии при Лиге Наций в Риме [1] — „цветная кинематография дает более пластичные изображения; эта усиленная пластичность создает большую реальность восприятия, по-

[1] Revue internationale du cinéma éducateur (с 1935 г. журнал переименован в Intercine — Institut International du cinématographie éducatif — Société des Nations).

следняя же способствует стереоскопическому эффекту".

В том же плане работает и стереоскопическая научная кинематография. Для патопсихокинографии полное ее разрешение в сочетании со звуком и цветом, будет создавать такие фильмы, которые позволят с максимальной точностью фиксировать больных на пленку и создавать такие условия восприятия, которые даются в натуре самими больными.

И, наконец, как завершение технических достижений в ближайшие годы на авансцену выступит телевидение, т. е. передача на расстояние звуковой, цветной и стереоскопической фильмы. Здесь даже трудно представить себе все те возможности, которые несет с собой быстро шагающая техника мировой кинематографии.

Основные выводы

На сегодняшний день боевая задача заключается в изучении всего накопленного опыта применения патопсихокинографии в клиниках и смежных с ними областях физиологии и патофизиологии центральной нервной системы, с целью еще большего совершенствования этого метода и более широкого использования его в своей повседневной деятельности.

Организационно это должно выразиться в создании ряда кинофотолабораторий при крупнейших невро-психиатрических учреждениях (клиниках, институтах и больницах).

□

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ ЗАРУБЕЖНОЙ ПАТОПСИХОКИНОГРАФИИ

Зарубежная патопсихокинография не однородна. В ее состав входит ряд типов: исследовательский, педагогический, научно-пропагандистский, художественный. Все эти типы заграничной патопсихокинографии не одноценны. Одни из них как исследовательская фильма и педагогическая — для вузовской аудитории — стоят на научной и технической высоте.[1] Другие, как научно-популярные фильмы стоят гораздо ниже. Если в исследовательской и учебно-вузовской фильмах тон задают научные работники, преподаватели высшей школы, то в научно-популярной фильме определенно ощущается „давление“ рынка, „деловые“ соображения коммерческих частных фирм. Характерным примером может явиться ряд картин, например: „Гипноз и внушение“, „Законы любви“, „Враг народа“ (Алкоголь) и т. д. Идеология этих фильм мелкобуржуазная, мещанская. Бьют они на сен-

---

[1] Заслуживает внимания статья проф. С. Лозинского „Наглядные учебные пособия за границей“ (Журнал „Техническая пропаганда“ № 16 — 1933 г.). Приводим из нее выдержку:

„Последние 10—12 лет — пишет автор — и в особенности последние три года отмечены в Европейской педагогике ярко выраженным движением в сторону оживления наглядного обучения. Достаточно укааать на следующие факты: 1. Устройство таких съездов по наглядному обучению, как в США, в Атлантике в 1932 г. 2. Открытие специальных журналов (в том числе и международных, как например, „Международное обозрение учебной кинематографии“ в Риме, издающееся на 4-х языках). 3. Учреждение при министерствах народного просвещения особых отделов, бюро и инспекторов по наглядному обучению (как, например, „Бюро по наглядному обучению“ в Вашингтоне). 4. Открытие в педагогических институтах курсов по наглядному обучению и даже целых кафедр (например, в Западных штатах США). 5. Создание широкой сети музеев — стационарных и передвижных. 6. Сложная организация экскурсионного дела (в особенности в Германии, Чехословакии и Японии). 7. Организация мощных объединений и производственных единиц по конструированию наглядных пособий.“

сацию Настоящие научно-пропагандистские задачи они не преследуют.

Что же касается значимости художественной кинематографии в общей патопсихокинографической проблеме, то надо сказать, что в большинстве случаев она несет явно отрицательную нагрузку на психику массового зрителя. Об этом неоднократно громко кричали даже буржуазные критики. Термин Schundfilm (дрянь, дрянная фильма) идет как раз от этих писателей. Ниже подробнее познакомимся с этой категорией фильм и их пагубным влиянием на психику массового зрителя.

Исследовательская и педагогическая патопсихокинография

Развитие любой естественно-биологической науки, в том числе и группы психоневрологических дисциплин, связано с усовершенствованием имеющихся методик, разработкой новых методов и более качественной технической их оснасткой. Вопросом включения кинометодики в исследовательскую работу по невропатологии и психиатрии, ученый мир занимался с самых первых дней возникновения кинематографии. Марей еще раньше, до ее открытия пытался при помощи фотометода изучать моторику животных, но по-настоящему этот вопрос начал разрешаться только после некоторого роста технической базы научной кинематографии.

Первые опыты.

Полиманти[1] (Polimanti) в 1905 г. стал пользоваться патокинографией для изучения различных расстройств центральной нервной системы.

Систематически он применял патопсихокинографию для сравнительного анализа нормальной и патологической моторики, и в этом направлении добился положительных результатов.

В августе 1905 г. он зафиксировал на пленке моторику оперированной собаки, у которой сперва была удалена левая часть мозжечка, а затем правая его часть.

Произведенная патопсихокинографическая фиксация моторных расстройств на почве искусственно вызванного дефект-

---

[1] Polimanti. Neue physiologishe Beiträge über die Beziehungen Zwischen den Stirnlappen und dem Kleinhirn. Arch f. Anat. u Physiol. 1908 (mit 2 Tafeln kinematographischer Aufnahmen eines Kleinhirn — operierten Hundes).

ного состояния, позволила исследователю изучить механизм нарушений нормальных движений животного и всесторонне изучить микросимптоматику расстроенной моторики.

Обобщая эту серию опытов в работе (Ataxie cerebralen und cerebellaren Ursprungs)[1] — он резюмирует следующим образом свои основные выводы:

„Без киносъемок анализ отдельных движений животного очень затруднителен (sehr schwer), часто даже невозможен (sogar oft unmöglich); в случаях, когда движения животного происходят быстро, чрезвычайно желательно расширить использование кинематографа, так как хороший снимок, демонстрирующий определенные движения, на много лучше, чем подробное его описание“.

Продолжая свой анализ патопсихокинографической записи и в отношении к больному человеку, он замечает:

„Кто знает, быть может наступит время, когда будет возможно поставить диагноз только на основании киносъемок нервно-больных“.

Рост патопсихокинографии

Вслед за Полиманти и другие исследователи стали внедрять патопсихокинографический метод, как орудие научного познания.

В октябре 1910 г. на Международном конгрессе о попечении душевно-больных в Берлине—Геннес, совместно с Вестфалем и Гюбнером продемонстрировали 15 кинозасъемок психических больных.

Геннес[2] (Hennes), анализируя проделанный опыт по созданию 15 патопсихокинографических историй болезни, приходит к выводу, что патопсихокинографическая запись материала является ценнейшим подспорьем (Schatzenswerte Unterstutzung) в клинической работе.

В этих выводах он указывает на огромное значение патопсихокинографии в психиатрии, как для чисто исследовательских, так и для педагогических целей.

Он отмечает, что редкие феномены фиксируются с абсолютной точностью и могут быть всегда воспроизведены как

---

[1] Polimanti. Ueber Ataxie cerebralen und cerebellaren Ursprungs. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1909 (mit 3 Tafeln kinematografhischer Aufnahmen von grosshirn und Kleinhirn-operierten Hunden).

[2] Mediz. Klinik — № 51 — 1910. Dr. Hans Hennes, Die Kinematographie in Dienste der Neurologie und Psychiatrie, nebst beschreibung einiger seltener Bewegungstörungen.—Aus der Psychiatrisch. u. Nervenklinik u. a. d. Prov.-Heil. u. Pflege-Anstalt in Bonn.

для чисто исследовательских целей, так и для преподавания. Тяжелые бесспокойные больные, ведущие себе агрессивно, которых часто невозможно привести в студенческую аудиторию для лекционной демонстрации, могут быть с большей эффективностью показаны патопсихокинографически. Точно также патопсихокинографическая фиксация материала позволяет избегнуть длительной транспортировки больных, когда в данном психиатрическом учреждении нет подходящего объекта для преподавания и его необходимо доставить из другого учреждения.

Еще тогда Геннес подчеркивал, что систематически проводимая патопсихокинография больного позволяет изучать его status в динамике, начиная с момента поступления б-го в психиатрическую клинику и кончая моментом его выписки оттуда.

Эта работа, поставленная на должную организационную и техническую высоту, позволяет глубже познать динамику патологического процесса, и прослеживать за всем периодом развития отдельных симптомов и синдромов.

В этой своей работе Геннес не забыл отметить роль патопсихокинографии в диференциальной диагностике, поскольку она позволяет ярче и более четко очертить картину заболевания, и глубже познать ее симптомо-синдромальную картину и углубленную динамику заболевания.

Кроме того этот материал явится ценным документом, при последующих повторных поступлениях больного в клинику, и при необходимых дальнейших катамнестических обследованиях отдельных случаев.

Мы привели взгляды немецкого исследователя на то огромное значение, какое имеет патопсихокинографический метод в психиатрии и неврологии. Стоит удивляться столь проникновенной интуиции исследователя, который на заре возникновения и становления нового метода, сумел не только почувствовать и понять его перспективы, но и набросать целую, можно сказать, развернутую его программу действия и применения.

Патопсихокинографические работы Геннеса касались стереотипий у кататоников, которые он сумел выявить в заснятых кадрах; сопоставив их с другим родом патопсихокинографических фиксаций материала стериотипий и маниакальной моторики у идиотов, он сумел убедительно доказать их диференциальные отличия.

При этих съемках большое внимание уделялось фиксации особенностей конституции, форме черепа и, конечно, мимике больного.

Большой четкости патопсихокинографической съемки добился он в одном классическом случае мании (?) (ein klassischer Fall von Manie), где с особой выразительностью ему удалось запечатлеть на пленке основные проявления маниакального двигательного возбуждения.

В своих дальнейших патопсихокинографических работах он исследовал расстройства походки при сухотке спинного мозга и спастические парапарезы при болезни Литтля.

Последующие его патопсихокинографические работы касались хореи минор, гунтингтоновской хореи и истерических двигательных расстройств моторики.

Подводя итоги проделанному этапу работы, он в следующих словах формулирует будущее патопсихокинографии в психиатрии:

„Когда, в будущем, кинематограф в нашей специальной области найдет распространенное применение, что для меня при учитывании предстоящих возможностей применения, является несомненным, то наряду с требованиями науки, не на последнее место будут поставлены интересы педагогики".

Вслед за Геннесом Германн (Hermann) использовал как „реактив" (Reagenz) вернее как тест, содержание фильм, с определенными моральными установками, для выявления синдрома моральных расстройств у больных. О результатах испытания он судил не только по высказываниям больных, но с большой тщательностью принимал во внимание моторику реакции исследуемых, в особенности мимику, выражение лица, жестикуляцию, манеру произношения, аффективную насыщенность высказываний и т. д.

К. Брас[1] (K. Bras) аналогично применял фильмовые тесты для испытания интеллекта у больных.

К. Рейхер[2] (K. Reicher) провел интересные патопсихокинографические съемки расстройства моторики у неврологических больных.

Эти работы, а также целый ряд других экспериментальных засъемок в области невропсихиатрической клиники, доказали

---

[1] Bras. Intelligenz prüfungen mittelst des Kinematographen. Zeitschr. f. psychotherapie u. med. Psychol. 1, 364 (1909).

[2] K. Reicher: Kinematographie in der Neurologie. Neurol. Zentralbl. 26, 196 (1907).

— Kinematographie im Dienste der Neurologie. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 36, 34 (1908).

— Kinematographie in der Neurologie Verh. d. 79. Verh. Deutsch. Naturf. u. Aerzte, 2, 235 (1907).

ценность патопсихокинографического метода, популяризировали его в научных и практических врачебных кругах и создали предпосылки для дальнейшего его развития, постановки новых опытов и еще более широкого накопления материала. Так продолжалось до начала империалистической войны.

Патопсихокинография в период мировой войны

Война 1914 г. оказала на развитие патопсихокинографии двоякое действие: с одной стороны, экспериментальные работы по внедрению этого метода в психиатрическую клинику были подорваны в корне; с другой стороны — выявился один участок работы, на котором патопсихокинография не только не замерла, но наоборот, получила толчок к дальнейшему развитию. Здесь речь идет о том круге заболеваний, который непосредственно связан с военным временем, и обусловленными им последствиями, а именно: военные психоневрозы и травматические неврозы.

Задачи укрепления боеспособности армии и в связи с этим необходимость борьбы с нервными заболеваниями, необходимость борьбы с симуляцией, а также выработка более широких мероприятий невро-психической профилактики для частей действующей армии, активизировали на этом участке патопсихокинографическую работу во время войны.

Целый ряд исследователей, как Альт (Alt in Vechtsprünge) Нонне (Nonne in Hamburg) Крапф (Krapf in Kreischa bei Dresden, und das National — Hygiene — Museum Dresden), Керер (Kehrer im Lazarett Hornburg und Triberg im Schwarzwald) создавали фильмы на специальном военном невротическом материале, преследуя одновременно, как исследовательские задачи, так и педагогические.

Уцелевший фильмовой материал этого времени особенно актуален для преподавания, ибо современные поколения учащихся за неимением нового военного материала, могут только патопсихокинографически изучать весь тот круг заболеваний, который обусловливается спецификой военного времени и боевых действий на фронтах.

При патопсихокинографическом изучении травм военного времени (раневые травмы, интоксикационные травмы, психогении, травмы неспециального характера в обстановке военного времени) — удавалось фиксировать основное в патологической картине заболевания.

Разнообразная симптоматология этих травм (двигательные расстройства, речевые, слуховые, зрительные, общей чувствительности) хорошо и углубленно изучалась методом патопсихокинографии.

Значительно хуже обстояло дело с кинофиксацией нарушений в области органов пищеварения, дыхания и т. д.

Особенно богатый материал для патопсихокинографической документации давали всякие двигательные расстройства; расстройство координации, гиперкинетические проявления местного и общего характера: тики, хорея, дрожание, затем различные явления двигательной недостаточности и контрактуры.

Эмотивные расстройства, наблюдаемые при травматическом неврозе, сопровождавшиеся различным нарушением в психической сфере, как-то: состояние страха, навязчивые состояния, депрессии — давали также интересный материал для патопсихокинографической документации.

В итоге клиника травматического невроза нашла свое углубленное отражение в патопсихокинографическом материале, который в свое время был достаточно широко использован для разных научных и учебных целей.

Патопсихокинография в послевоенный период

В послевоенные годы за рубежом, в связи с некоторым периодом частичного подъема капиталистической экономики и развития техники, можно проследить дальнейший поступательный процесс развития (правда, неравномерный, медленный, случайный, толчкообразный, зигзагообразный) и внедрения патопсихокинографического метода в клиники.

По заданию психиатрических учреждений немецкая крупнейшая фирма „Ufa“ снимает психиатрические фильмы. В качестве примера можно указать на:

Апраксия при прогрессивном параличе

Небольшая короткометражка — всего 30 метров. На экране идет $1^1/_2$ (полторы) минуты. Крупным планом, акцентируя детали, в максимально-выразительной форме демонстрируется случай апрактического расстройства у паралитика. Аналогично были зафиксированы патопсихокинографически ряд других случаев душевных заболеваний; это являлось фактической кинорегистрацией casus'ов для архива исследовательского и педагогического характера.

В это же время медико-кино-институт в Берлине ставит по инициативе психиатрической клиники следующие фильмы:

1. Расстройства моторики при душевных и нервных заболеваниях

Фильма в двух частях, с протяжением в 594 метра. На экране идет полчаса. Демонстрирует ряд характерных случаев расстройства моторики при различных нервно-психических заболеваниях.

2. Посадка головы и мышечный тонус у ребенка с амавротической идиотией

Одна часть—размер 230 м. На пленке зафиксирован редкий случай амавротической идиотии у ребенка и обусловленная ею моторика.

3. Паркинсонизм

Небольшой патопсихокинографический документ на 40 м. Зафиксирован редкий случай паркинсонизма.

Д-р Эрвин Штраус (E. Strauss) [1] в Берлине выпустил атлас, в котором при помощи кинематографических засъемок была произведена попытка представить на характерных картинах видимые фазы движений, получаемых при электрическом раздражении нервов и мышц с помощью обычно употребляющихся в электродиагностике гальванических и фарадических токов.

В своих объяснениях к выпущенному альбому, он указывал, что путем моментальных фотографических снимков приблизились к разрешению технической задачи—отчетливо фиксировать на картине отдельные фазы быстро протекающего движения. Этот прием давал возможность только при особенно благоприятных условиях создавать пригодные картины; ему недоставало методической надежности и уверенности. Благодаря киносъемочному аппарату эта задача получила разрешение в форме, удовлетворяющей также требованиям научного исследования. Из произведенной фильмовой ленты выбирались всякий раз два отдельных снимка и объе-

---

[1] Dr. Erwin Strauss. Elektro-Diagnostik am Gesunden. Mappe IV—V. Kinegrammata Medika. Berlin.

динялись в одну группу, таким образом, чтобы резко выступали противоположности в фазах состояний покоя и движения.

В свой атлас д-р Штраус поместил 32 выбранных, таким образом, парных кадра. В своих заключительных замечаниях к атласу, он подчеркивает важное практическое значение электродиагностики для электротерапии, и указывает, что задача его атласа заключается в помощи врачу для правильной ориентировки в электродиагностической работе. (Рис. 24—27).

Следующий этап развития — сами клиники берут техническую оснащенность патопсихокинографического метода в свои руки и сами начинают создавать необходимые для себя исследовательские кинодокументы.

Среди этих клиник можно отметить такие клиники, как:

1. *Психиатрическая и нервная клиника в Шарите (Берлин) снимает:*

а) Психомоторные расстройства при кататонии — 50 м.

б) Расстройства моторики у душевных и нервных больных — 890 м., автор д-р Полиш (D-r Pohlisch). Большая фильма, идущая при демонстрации 40 м. и развертывающая основные виды моторных расстройств.

в) Эпилептический статус — 265 м., автор д-р Полиш.

г) Энцефалит — 143 м., автор д-р Альбрехт (D-r Albrecht).

д) Судорожные подергивания глаза после энцефалита — 86 м., д-р Махольд и д-р Сукав (D-r Machold und Suckov).

2. *II медицинская клиника в Шарите*

Психомоторные исследования при изучении конституции — 399 м., автор д-р Липманн (D-r Liepmann) — фильма содержит ряд психологических испытаний, применяемых при обследовании конституциональных данных больного.

Другие психиатрические клиники также начинают прибегать к методу патопсихокинографии при изучении различных картин и состояний душевных болезней.

Среди всех этих психиатрических клиник на первое место по объему и размаху патопсихокинографической работы, сле-

дует поставить Франкфуртскую психиатрическую клинику, во главе которой стоит Клейст (Kleist).

Патопсихокинография в психиатрической клинике во Франкфурте на Майне

Клейст вместе со своим ассистентом Герцом (Herz), как никто другой из современных психиатров, сумел понять значение патопсихокинографической методики и развить большую активность по овладению ею.

Понимая, что добиться значительных результатов в этой работе случайными, кустарными, технически бедно обставленными условиями съемки — нельзя, он приступил по-серьезному к созданию в своей клинике технической патопсихокинографической базы.

Для реализации этих установок, ему пришлось произвести техническую реконструкцию клиники, выразившуюся в создании специального киноотделения (Kinoabteilung) при Франкфуртской клинике.

Рис. 1 демонстрирует нам чертеж этого киноотделения. Данные чертежа говорят о том, что Клейст удачно справился с поставленной задачей. Киноотделение он поместил во втором этаже главного здания, где у него расположены и другие исследовательские лаборатории, как-то: химическая, серологическая, бактериологическая, психологическая, музей мозгов и др. Для съемочных процессов отведено специальное киноателье с кабиной (см. правую половину чертежа). Рядом с ателье он создал кинолабораторию для проявки проб и снятой пленки. Против ателье построен просмотровой зал, в котором демонстрируется несмонтированный фильмовой материал и готовые картины. В этом же этаже размещены фотопроцессы. Их обслуживают две лаборатории:

а) для макроскопических фотоснимков и

б) для микроскопических фотоснимков.

Каждая из лабораторий имеет собственную аппаратную, темную комнату и сушилку. Получают они необходимый для съемки материал из находящихся в этом же этаже двух больших лабораторий: микроскопической и макроскопической.

Бросается в глаза основной принцип выбора места для киноотделения клиники и размещения его вспомогательных учреждений. Мы видим, что Клейст сознательно расположил киноотделение в том этаже, где находятся основные

исследовательские лаборатории (химическая, серологическая и т. д.). Таким образом, даже чисто территориально Клейст включает кинометодику в общую систему исследовательской работы. Такая непосредственная близость киносектора к исследовательским лабораториям чрезвычайно облегчает процесс пользования киноаппаратурой и включения ее в повседневную исследовательскую деятельность. После опыта Клейста следует, как правило, стараться располагать киносектор в ближайшем соседстве к исследовательским лабораториям научно-лечебного учреждения.

Значительная площадь отведена под это учреждение. Она обставлена специальной осветительной, съемочной и проекционной аппаратурой.

Вооружившись новой техникой, Клейст приступает к широкому использованию патопсихокинографической методики в своей клинике, результатом чего у него создается ценнейший и единственный в мире, по своему объему и удельному весу, психиатрический и невропатологический кинофонд.

Небольшой и беглый анализ этого фонда выявляет его научную и педагогическую значимость.

Во всех областях невропсихиатрии Клейст охотно прибегает к этой методике. В зависимости от характера заболевания, его сущности и интересов самого исследователя. к нему, Клейст вариирует количество и частоту засъемок.

Некоторым заболеваниям он уделяет большое внимание и выделяет значительное количество пленки; так, по артериосклерозу мозга он снимает целый ряд фильм, с различным метражем для каждой, а именно:

1. Артериосклероз мозга. Случай 1-й — 80 м., авторы Клейст и Герц.

2. Артериосклероз мозга. Случай 2-й—48 м., те же авторы.

3. Артериосклероз мозга. Случай 3-й—172 м., те же авторы.

4. Артериосклероз мозга. Случай 4-й—128 м.

5. Артериосклероз мозга. Случай 5-й—49 м., те же авторы.

6. Артериосклероз мозга. Случай 6-й—38 м.

7. Артериосклероз мозга. Случай 7-й—66 м.

Таким образом мы видим, что Франкфуртская клиника не ограничивается единичной засъемкой заболевания, но в зависимости от его актуальности, посвящает однородным заболеваниям ряд фильм, акцентируя в каждом отдельном слу-

чае наиболее характерное, подчеркивая специфическое и, выделяя, как основное, так и второстепенное. На важных, имеющих существенное значение деталях, ставится ударение, путем подчеркивания ее надписью, или же в композиционном отображении структуры кадра.

Как показывает патопсихокинографический фонд Франкфуртской клиники, Клейст уделяет большое внимание кататоническому синдрому — по этой теме мы встречаем фильмы:

1. Кататония—психомоторные акинезы. 63м.— авторы Клейст и Герц.

2. Кататония — психомоторные гиперкинезы. Случай 2-й—253 м., те же авторы.

3. Кататония — психомоторные дискинезы. Случай 3-й—287 м., те же авторы.

4. Кататония. Случай 4-й — 70 м.

5. Кататония. Случай 5-й — 17 м.

Полученные патопсихокинографические материалы позволили Клейсту глубже изучить характер и проявления этих расстройств. В специальных работах им были описаны новые формы, в изучении которых ему во многом способствовали созданные фильмы.

В 1931 г. Клейст опубликовал капитальное исследование в Journal of Psycholog.) 1931. 43, 1—2; 3—182). Называется она „Работы по патологии головного мозга". Содержит предисловие и части, которые названы им „Амиостатические явления беспокойства. Клинико-кинематографический анализ их характерных черт и сопутствующих явлений".

В ней Клейст указывает, что при исследовании двигательных расстройств большую пользу науке может принести метод киносъемок, который должен проводиться систематически. Эта киносъемочная методика повышает знания по патофизиологии двигательных расстройств. Исследование Клейста было прореферировано тов. П. в Центральном Медицинском журнале (1933 г., том XI, вып. 3). Приводим оттуда небольшую выдержку: „Задача реферируемой работы — анализ экстрапирамидальных гиперкинезов помощью многочисленных киносъемок. Этот способ позволяет с большой точностью изучить отдельные фазы движения. А. применил его в 46 случ., анализируя эффект развития, смену движения, интервалы между ними, их темп и их распределение по отдельным частям тела. Исследованиям подвергались различные формы хореи, атетоза, миоклоний, тиков, торсион-

ных гиперкинезов, дрожаний, миоритмий... Работа А. представляет большую ценность, главным образом полнотой и тщательностью содержащихся в ней описаний и анализов экстрапирамидных гиперкинезов" (разрядка всюду наша.—Л. С.)

Особенное внимание с использованием патокинографической методики было уделено Франкфуртской клиникой эпидемическому энцефалиту.

По этому разделу фонда можно указать на фильмы:

1. Эпидемический энцефалит—153 м. Случай 1-й, авторы—Клейст и Герц.

2. Эпидемический энцефалит—129 м. Случай 2-й, те же авторы.

3. Эпидемический энцефалит—125 м. Случай 3-й, те же авторы.

4. Моторный негативизм—310 м. (Gegenhalten). Случай 4-й, те же авторы.

5. Эпидемический энцефалит—54 м. Случай 5-й, те же авторы.

6. Эпидемический энцефалит—87 м. Случай 6-й, те же авторы.

7. Кататония или эпидемический энцефалит—81 м.? Случай 7-й.

Таким образом, мы видим, что Франкфуртская клиника по каждой однородной группе заболеваний производит без ограничения патопсихокинографическую фиксацию материала, причем, в этом плане, интересно отметить, что Клейст не останавливается перед кинодокументацией трудных, запутанных, неясных случаев. В качестве примера можно указать на 7-й случай вышеприведенной рубрики, где в самом названии материала стоит вопрос диагностики — кататония или эпидемический энцефалит?

Надо безусловно признать правильным подход клиники к изучаемому материалу. Каждый случай имеет свои особенности. Они фиксируются. Постепенно по каждому разделу заболеваний накапливается соответствующий раздел фонда патопсихокинографической документации.

Патопсихокинографические работы Франкфуртской клиники стали известны всему психоневрологическому миру. Особую популярность приобрели те киноисследования, которые проводились над больными с эпидемическим энцефалитом. При помощи патопсихокинографии они документировали

остаточные явления после энцефалита: интересной главой в этом комплексе исследований является та, которая трактует об особом феномене, названном авторами моторным негативизмом (Gegenhalten).

В специальной литературной работе, обобщающей всю серию патопсихокинографических исследований данного вопроса (Kleist и Herz — motorischer Negativismus-Gegenhalten — Medizin und Film, № 17) они описывают данный феномен.

Этот синдром, по мнению Франкфуртской клиники обусловливается очагами в зрительном бугре. Сущность феномена заключается в каком-то противодержании и сопротивлении, которые выявляются отдельными частями и всем организмом в целом, во время попыток экспериментатора внести изменения в их положение. Характерно, что та группа мышц у больного, на которую оказывается воздействие с тем, чтобы обусловить с ней пассивные движения, реагирует все возрастающим напряжением. Интересно, что чем больше экспериментатор пытается усилить воздействие, тем более возрастает противодержание в этой группе мышц.

Клейст нашел, что чаще всего это выражается в шейных мышцах (по преимуществу в сгибателях) и в проксимальных отрезках конечностей.

Различные неприятные ощущения, обусловливающие позы, также удерживаются путем противодержания. У этих больных автор обнаружил хватательные рефлексы в верхних конечностях и сосательные рефлексы рта. По мнению Клейста, этот феномен указывает, что функция низших областей мозга (аффективных) ушла из-под воздействия высших аффективных центров в зрительном бугре. Причина — очаговое разрушение вещества в зрительных буграх. Аналогичную симптоматику некоторые исследователи (К. Майер и Рейш) видели при разрушении вещества в лобных долях.

Феномен судорожного подергивания глаза после эпидемического энцефалита был патопсихокинографически зафиксирован в Берлинской Психиатрической Клинике ассистентом Бонгеффера — Махольдом.

Для сложных патопсихокинографических исследований, связанных с другими специальностями, Франкфуртская клиника распространяла эту работу и на другие клиники. Так, Герц вместе с д-ром Мецгером (D-r Metzger) сняли в университетской Глазной клинике во Франкфурте фильм, протяжением в 78 м. на тему „Перемежающийся экзофтальм“.

СПИСОК (ВЫБОРОЧНЫЙ)
НЕМЕЦКИХ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ФИЛЬМ ПО ПСИХИАТРИИ

№№	Название	Метраж	Автор	Место производства фильм
1311	Banisterin. Alkaloid aus einer südamerikanischen Lians	216 m.	Prof. Lewin	Nervenabteilung des Städt. Hufeland Hospitals, Berlin.
	Psychiatrie:			
1614	Alzheimersche Krankheit	44 m	Prof. Kleist	
1615	Anfall nach Hyperventilation . . .	42 m	„ „	
1616	Apoplektische rechtsseitige Hemichorea	202 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1617	Apraxie. Störungen des Handles . .	36 m	Prof. Kleist	
1618	Arteriosklerosis Cerebri	80 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1619	Arteriosklerosis Cerebri	48 m	Prof. Kleist	
1620	Arteriosklerosis Cerebri	172 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1621	„ „	128 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Frankfurt a/M.
1622	„ „	49 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1623	Ataxie bei Tabes dorsalis	16 m	Prof. Kleist	
1624	Cerebrale Kinderlähmung	159 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1625	„ „	121 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1626	Decapitation eines neugeborenen Hundes	80 m	Prof. Kleist	
1627	Delirium tremens	112 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1628	Encephalitis epidemica	153 m	Prof. Kleist und Dr.	

			Herz	
1628	*Encephalitis epidemica*	153 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1629	" "	129 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1630	" "	125 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1631	Epileptische Anfälle mit halbseitiger torquirender Unruhe und tonischen Spannungen	157 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Frankfurt a/M.
1632	Epileptischer Dämmerzustand . . .	62 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1633	Exophthalmus intermittens	78 m	Dr. Metzger und Dr. Herz	Universitäts Augenklinik, Frankfurt a/M
1634	Expressive Erregung	45 m	Prof. Kleist	
1635	Hautschrift	19 m	" "	
1636	Hemiballismen bei cerebraler Kinderlähmung	161 m	Prof. Kleist and Dr. Herz	
1637	Heriditäre, progressive Bulbärparalyse	95 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1638	Chorea Huntington	316 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1639	Hyperkinetische Motilitätspsychose .	170 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1640	Idiotie (congenitale Lues)	151 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Frankfurt a/M
1641	Idiotie. Streckstarre, Gegenhalten und Festhalten	71 m	Prof. Kleist	
1642	Idiotie. Stereotypie Kratzbewegungen	25 m	" "	
1643	Infektiöse Chorea	223 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1644	Iteration bei Tumor der Kleinhirns .	41 m	Prof. Kleist	
1645	Katatonie — Psychomotorische Akinese	63 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	

4*

Scan by Michel Klimin (ink_myiasis)

№№	Название	Метраж	Автор	Место производства фильм
1646	Katatonie - Psychomotorische Hyperkinese	253 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1647	Katatonie — Psychomotorische Dyskinesien.	287 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1648	Katatonie	70 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1649	Leuchtgasvergiftung Akinese, Rigor, Festhalten und Iteration	87 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1650	Lues cerebri Akinese, Rigor, Festhalten, Lutschreflex	110 m	Prof. Kleist und Dr Herz	
1651	Mitbewegung und Athetose bei raumbeschränkendem Prozess am linken Schläfelappen	76 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Frankfurt a/M.
1652	Motorik (3 Teile)	838 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1653	Motorischer Negativismus (Gegenhalten)	310 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1654	Multiple Sklerose	122 m	Prof. Kleist and Dr. Herz	
1655	Myoklonische Zuckungen in Bauchdecken, Pectoral und Rückenmuskeln .	31 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1656	Paralysis agitans I u. II	626 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1657	Period. affe[illegible] . . .	[illegible] m	Prof. Kleist	

1657	Period. affektive Verwirrtheit . . .	158 m	Prof. Kleist	
1658	*Progressive Paralyse mit psychomotorischen und apraktischen Störungen*	138 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Frankfurt a/M.
1659	Progressive Paralyse	89 m	Prof. Kleist	
1660	" "	34 m	" "	
1661	Psychomotorische Störungen bei Herderkrankungen des Gehirns	116 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1662	Psychopathie und choreatischer Unruhe	65 m	Prof. Hahn und Dr. Herz	
1663	Symptomatische Narkolepsie bei Encephalitis epidemica	89 m	Prof. Strauss und Dr. Herz	
1664	Symptomatische Psychose	48 m	Prof. Kleist	
1665	Symptomatische Psychose	42 m	" "	
1666	Torsionsdystonie	310 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1667	Urämie mit Krampferscheinungen .	49 m	Prof. Kleist	
1668	Die Verwirrtheiten	186 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1669	Postencephalitischer Blickkrampf . .	86 m	Dr. Machold und Dr. Suckav	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Berlin
1670	Affective Verwirtheit	82 m	Prof. Kleist	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Frankfurt a/M.
1671	Akinetische Motilitätspsychose . . .	54 m	" "	
1672	Arteriosklerosis cerebri	38 m	" "	
1673	Aretriosklerosis cerebri	66 m	" "	
1674	Encephalitis epidemica	54 m	" "	
1675	Epilepsie, erregter Dämmezustand .	51 m	" "	
1676	Epileptischer Dämmerzustand . . .	63 m	" "	
1677	Exophthalmus intermittens	16 m	" "	
1678	Hysterische Unruherscheinungen . .	129 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1679	Katatonie	17 m	Prof. Kleist	
1680	Lactationspsychose bei eitriger Mastitis	75 m	" "	
1681	Myorhythmie bei Imbezillität . . .	196 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	

№№	Название	Метраж	Автор	Место производства фильм
1682	Multiple Sklerose	229 m	Prof. Kleist	Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Frankfurt a/M.
1683	Progressive Stammganglienerkrankheit und Verblödung	59 m	„ „	
1684	Starre, Katalepsie, Stereotypie, Iteration und Apraxie	152 m	„ „	
1685	Angeborener Spontannystagmus . .	54 m	„ „	
1686	Antagonistenzittern	106 m	„ „	
1687	Arteriosklerosis cerebri	19 m	„ „	
1688	Arteriosklerosis Zitterstarre . . .	87 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1689	Ataxie (Tabes dorsalis)	92 m	Prof. Kleist	
1690	Encephalitis epidemica	87 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1691	Frische Hemiplegie mit Myoclonien	59 m	Prof. Kleist	
1692	Genuine Epilepsie	35 m	„ „	
1693	Myoclonusepilepsie	187 m	Prof. Kleist und Dr. Herz	
1694	Katatonie? Encephalitis epidemica?	81 m	Prof. Kleist	
1695	Multiple Sklerose	102 m	„ „	
1696	Progressive Paralyse	36 m	„ „	
1697	Progressive Paralyse	135 m	„ „	
1698	Hand- und- Fingerbewegungen . . .	51 m	„ „	
1699	Affektive Verwirrtheit	139 m	„ „	

Также заслуживает большого внимания опыт некоторых других клиник.

Так из нервного отделения Städt. Friedrich-Wilhelms—Hospitals (директор—проф. Шустер) была выпущена картина „Неврологические методы исследования“, состоящая из 10 частей.

1. Общая часть.
2. Череп и позвоночный столб.
3. Черепные нервы.
4. Чувствительность
5. Подвижность (motilität)
6. Рефлексы.
7. Походка
8. Пробы на координацию.
9. Непроизвольные движения.
10. Афазия и апраксия.

Картина демонстрирует технику наиболее актуальных методов исследования в неврологии. В фильме приводятся рентгенограммы черепа и позвоночника для того, чтобы лучше ознакомиться с локализацией патологических поражений (опухоль, разрушение костной массы позвонков и т. д.) Картина дает четкое представление не только о методах в их отличии друг от друга, но и учит систематическому использованию, приводя обследование больного по строгой, определенной системе в едином исследовательском порядке.

Профессор клиники нервных болезней Колумбийского университета Ф. Гудгарт (Philipp Goodhart) высказал ряд соображений как об удельном весе и значении фильмы в науке вообще, так в медицине и в неврологии—в частности. Здесь мы имеем в виду его статью „Фильма в науке“, которую он напечатал в „Анналах Американской Академии политических и социальных знаний“.

В своих вводных установках в данной работе он напоминает читателю об известной китайской пословице:

„Одна картина имеет бо́льшую ценность, чем тысяча слов“.

Далее, дав общий обзор значимости научно-педагогической кинематографии, он переходит к своей специальности — неврологии, и к вопросу ее экранизации.

Здесь он сообщает о работах нервной клиники Колумбийского университета и Монтефиорского госпиталя. Эти учреждения поставили ряд научно-педагогических фильм, посвященных различным клиническим формам

нервных заболеваний. Ряд картин был специально посвящен методике исследования больного и диференциальной диагностике. Интересные случаи фиксировались на пленке и входили в состав кинотеки университета. По ряду тем были созданы серийные картины. В частности много внимания было уделено экранизации летаргического энцефалита. Сделанные фильмы демонстрировались в Вене, Париже и Лондоне.

Один из первых историографов кинематографии Фредерик Тальбот в своей книге „Кинофильмы" (перевод с английского— и-во „Академия"—1928 г.) сообщает ряд интересных фактов о д-ре Иван Дюфуре—проф. нервных болезней в Филадельфии, который создал для диагностических целей целую серию патопсихокинографических фильм. Больше года длились эти киносъемки. Работать приходилось в очень трудных, временами даже опасных условиях. Им приходилось часами простаивать в палатах больных, дожидаясь характерного припадка (напр., у эпилептиков) или других характерных проявлений внешней картины заболевания.

Психокинография детского возраста

В своей интересной статье „Kindlicher Ausdruck" Курт Левин [1] высказывает ряд теоретических положений о необходимости углубленного целостного изучения личности ребенка. Он подчеркивает в своих высказываниях, что возможность педагогического воздействия на ребенка в процессе воспитания и обучения тесно связана с правильным взглядом воспитателя (педагога) на психические данные ребенка, его характер, темперамент и т. д.

Существует постоянная опасность, что ребенок может не быть в достаточной степени хорошо понят взрослым, и в связи с этим, последний не всегда может найти наиболее правильную формулу взаимоотношений.

Отдавая должное индивидуальным данным отдельных воспитателей и педагогов, он тем не менее полагает, что по мере более углубленного научного познания психической жизни ребенка, будут создаваться еще лучшие предпосылки

---

[1] Kindlicher Ausdruck—von Prof. Dr. Lewin in Berlin—Tempelhof—Zeitschrift für Pädagogische Psychologie.
Experimentelle Pädagogik und jugendkundliche Forschung — Leipzig, № 11—1927 г.

для правильного взаимопонимания и взаимоотношений педагога и детей.

Целостное изучение личности ребенка позволяет глубже познать его. Одним из основных элементов познания является поведение ребенка, его проявление себя во внешнем мире. Курт Левин обозначает это, как Kindlicher Ausdruck.

В процессе научного понимания личности ребенка встречаются значительные трудности. Во-первых, она (личность), не всегда в достаточной мере может выявляться в своей непосредственной, незамаскированной форме. Взрослый человек менее непроизволен в своем разговоре, жестах, почерке и обращении, нежели ребенок. Поэтому в данном отношении детский материал представляет более благодарное поле для исследовательской работы.

Но с другой стороны, поведение ребенка, подобно поведению душевно-больного, более трудно для понимания, по сравнению с поведением взрослого, поскольку приходится иметь дело с отличным материалом („weiles sich um einen fremden andersartigen Ausdruck handelt").

Отсюда основная задача науки понять каждое конкретное выражение детского поведения, правильно его оценить и научиться пользоваться этими оценками и при других аналогичных ситуациях.

В этом аспекте выдающуюся роль играет научная кинематография. Фиксируя все поведение ребенка как в целом, так и по отдельным его этапам, периодам и фазам, она документирует объективный материал большого научного значения, углубленный исследовательский анализ которого позволяет глубже познать детскую психику, и на ряду с другими методами исследования, глубже изучать личность ребенка.

К своей работе К. Левин прилагает четыре таблицы избранных кадров, которые он подвергает обстоятельному анализу. В особых протоколах он описывает, как ситуации, так и реакции детей, подчеркивая в своих заключениях наиболее характерное и актуальное.

Ту же методику психокинографического изучения ребенка он применял и в отношении детей-психопатов (см. Lewin—Filmaufnahmen über Trieb-und Affektäusserungen psychopatischer Kinder. Zeitschrift f. Kinderforsch 32, 4).

Еще более углубленную работу в области психокинографии детского возраста проводит за рубежом Арнольд Гезелл—

директор клиники детского развития Иельского (Jale-New Haven, Connecticut) университета.

Эта психоклиника ставит в своих стенах длительные наблюдения развития детского возраста и располагает в своем арсенале, хорошо оснащенном, разнообразными методиками научного изучения ребенка.

Исследования начинаются с раннего возраста ребенка, проводятся комплексно, по тщательно продуманной и разработанной программе, и во главу угла их ставится изучение личности ребенка.

Полученные результаты наблюдений он классифицирует по четырем рубрикам: а) двигательная деятельность, б) речь, в) приспособительные реакции, г) лично-социальное поведение.

Подчеркивая условность этой разбивки материала, он пользуется данной системой исследования в качестве рабочей наметки, имея всегда перед собой основную задачу целостного познания личности ребенка.

В этой работе психокинография занимает выдающееся место. В первой главе нами подробно описана кинолаборатория клиники детского развития (см. стр. 18 и рис. № 2).

Киносъемка поведения ребенка производится в специальном куполе, внутри которого находятся испытуемые дети, а вся съемочная киноаппаратура и сам съемочный процесс, вынесены во вне его.

В куполе расположена клиническая кроватка. Она поставлена в поле объектива киноаппарата. Кроватка располагает специальными приспособлениями для проведения необходимых экспериментальных работ. Здесь и ящик для материала тестов, и маленькие стульчики и столик с соответствующей экспериментальной аппаратурой и т. д.

Ведущая линия работы клиники—это выявление и документация нормальных этапов (normative charting) детского поведения.

В этой документации нормальных этапов развития ребенка психокинография занимает доминирующее положение.

„Ежемесячно—говорит А. Гезелл—при помощи киноаппарата производится запись типических форм поведения ребенка. Эти формы поведения включают область поз, схватывания и манипулирования предметами приспособления, а также речь и специфические особенности индивидуального поведения. Благодаря постоянному использованию кино и соответствующих протокольных описа-

ний, удается фиксировать формы поведения с различной, соответствующей целям исследования, степенью точности" (разрядка наша — Л. С.).

Цитировано по русскому переводу статьи А. Гезелла „Работа клиники детского развития Иельского университета". Советская психоневрология № 4, 1933, стр. 108.

Для наглядной иллюстрации этой методики автор приводит протокольные данные, посвященные развитию формы схватывания шарика.

Эти наблюдения длились год (двенадцать лунных месяцев); начались они с 2-месячного возраста. На основе данного материала была разработана приводимая нормальная схема.

8 недель: не останавливается взглядом на шарике.

12 недель: мимолетное фиксирование шарика взглядом (изредка).

16 недель: более продолжительное фиксирование (взгляд задерживается на шарике).

20 недель: прямой, непосредственно на шарик направленный взгляд, по временам усиление движений рук и пальцев.

24 недели: протягивает к шарику согнутую руку; прикасается к шарику рукою, не пытаясь или почти не пытаясь охватить его пальцами.

28 недель: протягивает к шарику руку, изредка выполняя пальцами сгибательные движения,—большой палец при этом, однако, не противопоставляется другим; случайное зажимание шарика между пальцами и ладонью.

32 недели: приближает к шарику руку с пальцами в флексированном положении; большой палец постепенно обособляется в своих движениях от остальных; схватывает шарик пальцами.

36 недель: приближает к шарику руку; прикасаясь к шарику одновременно флексирует все пальцы; при схватывании противопоставляет друг другу большой и указательный пальцы.

40 недель: протягивает к шарику руку с вытянутыми пальцами; прикасается к шарику указательным пальцем, а затем схватывает шарик, зажимая его между указательным пальцем и большим.

44 недели: быстро схватывает шарик, зажимая его между указательным и большим пальцами; появление наклона (косого положения руки при схватывании).

48 недель: — приближает руку к шарику с вытянутым указательным пальцем и согнутыми остальными. Схватывает шарик, причем в движении вовлекаются только большой и указательный пальцы.

52 недели: приближает руку к шарику и схватывает последний движением, напоминающим замыкание щипцов; ловкость движений все более возрастает.

Приводя эту нормальную схему Гезелл добавляет:

„При помощи кино-анализа, типические образцы поведения могут быть описаны, расположены в генетические серии и использованы для диагностики и толкования уровня развития".

Кроме таких кинонаблюдений, проведенных в одном специальном аспекте, кинодокументация поведения ребенка проводилась и более широко, распространяясь на всю область поведения.

В своей книге „Умственное развитие ребенка“ [1] он приводит серии снимков, посвященных отдельным возрастам раннего детства. Так, одномесячный представлен следующими снимками:

18. Плачет.
19. Спит.
20. Просыпается и потягивается.
21. Проснулся: пальцы растопырены.
22. Рефлекс Бабинского.
23. Рефлекс дрожания.
24. Реагирует на накрывание лица бумагой.
25. Сопротивляется при отнимании палочки.
26. Проявляет „внимание“ к тактильному раздражению.
27. Бесцельная игра головой.
28. Временно удерживает голову.
29. Поднимает голову.
30. Играет растопыренными пальцами.
31. Звуковая игра (выдыхательное сопение).
32. Играет ртом и языком.
33. Потягивается.
34. Чихает.
35. Отдыхает.

Четырехмесячный

36. Смотрит на колокольчик.
37. Начинает тянуться к нему.
38. Прикасается к висящему кольцу.
39. Удерживает кольцо, не схватывая его.
40. Примитивная игра бумагой.
41. Подносит руку ко рту.
42. Мигает на блюдце.
43. Не мигает на карандаш.
44. Поднимает голову, лежа ничком.
45. Пытается сесть.
46. Играет рукой.
47. Внимательно смотрит на руку.

Шестимесячный

48. Тянется прямо за кольцом.
49. Хватает кольцо ртом.
50. Хватает кубик; не замечает другого кубика.
51. Комкает бумагу.
52. Держит два кубика.
53. Не берет третьего кубика.

---

[1] Проф. А. Гезелл: Умственное развитие ребенка. Гос. изд-во, 1930.

54. Схватил колокольчик.
55. С силой хватает кубик ртом.
56. Ударяет блюдцем.
57. Кусает кольцо.
58. Смотрит на шарик.
59. Хватает шарик.

Девятимесячный

60. Тянется прямо к кольцу одной рукой (смотрит также на веревку).
61. Настойчиво тянется, употребляя одну руку.
62. Поднимает чашку. Овладевает кубиком.
63. Ищет упавшую ложку.
64. Схватывает шарик.
65. Наблюдает за шариком.
66. „Покажи какой ты большой".
67. Ладошки.
68. Играет на пианиио (сидит один).
69. „Намеренно" комкает бумагу.
70. Ударяет кубиком о чашку.
71. Реагирует на зеркальное отражение.

Двенадцатимесячный

72. Ползает за колокольчиком.
73. Выводит каракули.
74. Бросает палочку в отверстие.
75. Комбинирует кубики.
76. Следит за исчезновением кубика.
77. Разворачивает кубик.
78. Пристально следит за надеванием башмака.
79. Пытается надеть башмак.
80. Встревожен, когда его отодвигают от стола.
81. Не поддается увещеванию.
82. Быстро вновь приноравливается на коленях у матери.
83. Кладет кубик по команде в различные предметы.

Восемнадцатимесячный

84. Взбирается на стул.
85. Вкладывает блок в ящик.
86. Следит за складыванием бумаги.
87. Складывает бумагу.
88. Указывает на картинки.
89. Наполняет чашку кубиками.
90. Самопроизвольно выводит каракули.
91. Кладет круглый блок в отверстие.
92. Строит башню.
93. Кладет кубик в чашку, тарелку и ящик.
94. Играет чашкой и кубиком.
95. Самопроизвольное исследование экспериментального ящика.

Двухлетка

96. Вертит игрушечного клоуна.
97. Пытается стоять на одной ноге.
98. Проводит подражательно горизонтальные и вертикальные линии.

99. Вкладывает блоки во все три отверстия.
100. Очень целесообразно играет кубиками и блюдцем.
101. Пока не сталкивается со своим годовалым братцем.

Трехлетка

102. Срисовывает круг, но не может срисовать креста.
103. Прикладывает карту к линии.
104. Пытается извлечь мяч из ящика.
105. Достигает цели.
106. Надевает башмак.
107. Строит мост.

Четырехлетка

108. Зацепляет рыбку.
109. Строит ворота по образцу.
110. Закрывает по приказанию глаза.
111. Пытается построить лестницу по памяти.
112. Дорисовывает человека.
113. Конструктивное строительство.

Пятилетка

114. Грациозно кружится.
115. Стоит на одной ноге.
116. Закрывает глаза для теста.
117. Строит лестницу по памяти.
118. Ведет по лабиринту.
119. Рисует человека отчетливо.

Таким образом, перед исследователем проходят все периоды, все этапы, все фазы развития ребенка. Каждый период задокументирован, причем эта документация проведена на пленке, она динамична и может быть почти бесконечное число раз воспроизведена для анализа на экране.

Отсюда и вырастает все значение психокинографии детского возраста, как одной из ценных методик познания личности ребенка.

Само собою разумеется, что эта психокинографическая методика должна проводиться в тесном сочетании со всеми другими методами, способствующими изучению детского возраста.

И будучи использована комплексно и взаимосочетанно, она принесет неоценимые услуги научно-исследовательской и воспитательской работе детского возраста.

Оценивая положительно психокинографические достижения П. Гезелла, мы не можем, конечно, присоединиться к его биологизаторской позиции по линии понимания и трактовки

личности. Однако, мы оставляем в стороне эти его установки, ибо, во-первых, они выходят из сферы тематики нашей работы, и, во-вторых, соответствующая критика была уже дана концепции Гезелла нашей периодической прессой; в частности, в вышецитированном журнале „Советская Психоневрология“ имеется указание такого порядка.

В аспекте нашего исследования, наше внимание, по преимуществу, привлекают к себе психокинографические изыскания Йельской клиники детского развития, которые мы оцениваем положительно и разработка которых со всей тщательностью должна проводиться и дальше у нас — в научно-исследовательских детских учреждениях Союза. (В первую очередь в наших институтах ОММ и Центральном Научно-Исследовательском Институте ОЗДиП Наркомздрава).

Несколько в ином направлении, но в рамках той же области проводится работа другого крупного ученого проф. Санте де-Санктис—директора Института Экспериментальной Психологии в Риме. [1]

Исходя из целого ряда теоретических положений о детском восприятии, он высказывается за более активное включение кинематографии в систему детского воспитания и обучения, предполагая для осуществления этого вводить в школы фильмы троякого порядка:

I. Фильмы—тесты, служащие для оценки общего уровня развития ребенка и выявления степени, имеющейся интеллектуальной недостаточности.

II. Технические фильмы для ориентации школьников в профессиональном направлении и проведения последующего профотбора.

III. Фильмы для преподавания детям, обучающимся (в связи со своими дефектами: заикание, частичная глухонемота), в специальных школах.

В этом аспекте первых двух рубрик научно-педагогическая кинематография выступает тоже как методика оценки личности, но уже не в плане документации поведения субъекта, а в качестве специально-подобранного градуированного теста.

---

[1] Sante de Sanctis—Applications du cinéma dans le domaine de l'éducation des enfants et des adolescents. — Revue internationale du cinéma educateur—1930. № 7—8.

Научно-популярная фильма

О научно-популярной фильме за рубежом можно сказать многое; она постановочна, интересна, стоит больших денег, смотрится с увлечением. Но все это преследует задачи не столько научно-пропагандистского характера, сколько ясно выраженное устремление к материальной выгоде, к наживе. Все это делается во имя меркантильных соображений. Поэтому здесь нет планового систематического подхода к экранизации психопрофилактических проблем. Темы выхватываются случайно, критерий их выбора — злободневность, сенсационность материала. Показательной в этом смысле является фильма, посвященная гипнозу и внушению. Называется она „Взгляд в глубину души. Фильма о бессознательном“ (Ein Blick in die Tiefen der Seele. Der Film von Umbewussten.[1]

Картина составляет 2117 м. и распадается на 7 частей. В работе над ней принимал участие такой видный специалист, как Кронфельд. О характере картины можно судить по беглому просмотру ее содержания.

В первой части дается общее представление о нервной системе человека, показывается центральная, периферическая и симпатическая системы. Фильма пытается установить границы сознания и подсознания, давая туманные формулировки к ним. Нормальный здоровый человек в своей повседневной жизни противопоставляется душевнобольному с нарушенной деятельностью сознательной сферы. Различные моменты из деятельности лунатика приводятся для того, чтобы провести грань между сознательным и подсознательным. Выясняется проблема соотношения между верхним и нижним сознанием. Демонстрируются „душевные процессы“: мечта, сон и кошмар. Начиная с третьей части все остальное место отводится гипнозу: демонстрируется сущность его, примеры внушения в повседневной жизни, каталепсия, методы гипноза, влияние гипноза на соматику организма: мышечную систему, кровеносную и т. д. Физиологическое влияние гипноза в области чувств: внушение аффекта страха, гнева и т. д. Шестая часть — гипнотическое внушение. Седьмая—применение гипноза в медицине. В виду огромного интереса фильмы приводим полностью ее монтажный лист.

---

[1] Производство Ufa, авторы D-r Curt Thomalla und nervenarzt D-r A. Kronfeld.

Часть I

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ

1. Снята под руководством д-ра Курт Томмалла, д-ра Кронфельда и профессора Кауфмана.
2. В центральном мозгу сосредоточены центры мысли, чувств и действий.
3. Благодаря возбуждениям концов нервов, все внешние препятствия доходят до мозга, где они перерабатываются.
4. Из мозга, на подобие центральной телефонной станции, идут распоряжения через разносящие (моторные) нервы в тело.
5. Переработка мыслительных актов в двигательные действия происходит в течение некоторого времени, долей секунды.
6. В нашем теле многое совершается автоматически, без участия нашего сознания и воли—например, биение сердца.
7. Работы желудка, движение кишечника (перистальтика).
8. Эти растительные функции нашего тела регулируются так называемой симпатической нервной системой.
9. Вот мы видим спокойное море, но жизнь на поверхности не отражается на жизнь его глубины.
10. Теперь во время сильной бури.
11. Теперь мы знаем, что бурное море нарушает покойную жизнь его глубоких недр.
12. В жизни мы видим не мало примеров, когда поступками человека руководит его нижнее сознание.
13. В жизни человека такая же связь существует между верхним и нижним сознанием.
14. Сомнамбула бесстрашно ходит по карнизу.
15. Но пробуждается сознание—сомнамбула чувствует опасность.
16. Как душевно-больной воспринимает действительность.
17. Для него не существует ни препятствия, ни опасности.
18. Бессознательные, еще полностью непонятые и неизученные силы влияют на воображение художника.
19. Сознательные впечатления оформляются в иные подсознательные формы, которые руководят рукой художника.
20. Другие подсознательные впечатления слагаются в поэтическое произведение искусства.
21. Освобожденная от тяготы повседневной жизни, рвется из глубины бессознательного песнь музыканта.
22. В этом секрет каждого художественного успеха, что и в нас бессознательно вызывает созвучную тоску и мечту.

Часть II

23. Соотношение между верхним и нижним сознанием.
24. Здоровый человек сознает смысл и значение своих желаний и своей мечты, контролирует их.
25. Мечты о могуществе и богатстве.
26. Чувственные желания.
27. Ненависть и унижение.
28. Мечта о ребенке.
29. Страх смерти.
30. Искушение.

31. У здорового человека все мысли и грезы, которым он не придает серьезного значения—бесследно исчезают
32. Но во сне, когда верхнее сознание исключено, при наличии душевного утомления или взбудораженности, нижнее сознание, создает кошмары.
33. Кошмар из картины „Поликушка"—Дулов видит во сне, как его душит Поликей, перед которым он был не прав.
34. А „чистая совесть—спокойный сон".

Часть III

35. Душевные процессы происходят на разных степенях нашего сознания. Степени сознания можно иллюстрировать следующим образом.
36. Состояние бодрствования—напряженное внимание. В этом состоянии мы находимся в интенсивном общении с внешним миром. Утомляется и тормозится лишь самая верхняя кора мозга.
37. Автоматические действия—душевное спокойствие, убаюканное разными настроениями. Это состояние преобладает, когда интенсивное общение с внешним миром спадает. Сознание заторможено.
38. Полусознательное состояние. В этом состоянии ясность сознания сильно понижена. Легкий сон. Первая фаза гипноза.
Глубокий сон. Вторая фаза гипноза.
39. Связанность всего тела. Сознание помрачено.
40. Глубокий сон. Глубокий гипноз (сомнабулизм). Сознание совершенно отсутствует.
41. В течение 24 часов человек проходит через все эти стадии.
42. Пример: просыпание. Обычная дневная работа. Усталость.
43. Обеденный перерыв, возобновленная работа, вечерние удовольствия.
44. Вечерний отдых. Засыпание. Легкий сон, без сновидений.
45. Эти состояния сознания не резко отделяются одно от другого, а соприкасаясь, незаметно переходят одно в другое.
46. Бодрствующее верхнее сознание образует только одну тонкую внешнюю оболочку над бесконечной глубиной сознания.
47. Привычные движения при одновременной работе верхнего сознания.
48. Привычные действия происходят автоматически, не отвлекая внимания.
49. И следующий пример: ходьба с одновременным сгибанием проволоки, основан на бессознательной душевной деятельности.
50. Путь к научному изучению бессознательного требует полного исключения бодрствующего сознания. Это удается с помощью внушения. Внушение—это концентрация всей душевной деятельности на ограниченном поле.
51. Примеры внушения в повседневной жизни. Реклама.
52. Внушением влияет адвокат на присяжных.
53. Внушение играет в практике каждого врача огромную роль.
54. Научные методы для выключения сознания—это гипноз. Он состоит из системы внушений и вызывает состояние глубокого сна.
Для достижения гипноза необходиио влияние личности самого гипнотизера.
55. Концентрация внимания пациента на гипнотизере (исключение всего отвлекающего).
56. Однообразие и утомительность действий, слов и движений гипнотизера.
57. Влияние гипнотизера распространяется на верхнее сознание, выключая его и проникая в глубину; оно подчиняет своему ввушению подсознательную жизнь загипнотизированного.

58. Смотря по данному случаю, гипнотизер выбирает разные методики гипноза.
58а. Применения однообразного повторяемого раздражения (способ Месмера—пассы).
58б. Фиксация глаз пациента, устремленные в одну точку (способ Бреда—не совсем безопасный).
58в. Фиксация—зачаровывание одними глазами без внушения—опасный метод.
58г. Словесное внушение.
58д. Новейший способ внушения словом, однообразным движением и взглядом—наиболее распространенный и в большинстве случаев приводящий к желательным результатам.

Часть IV

СОМАТИЧЕСКИЕ—ТЕЛЕСНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ГИПНОЗЕ

60. Все показанные в дальнейшем—загипнотизированные, не экспериментаторы—медиумы, а обыкновенные люди.
61. Напряжение мускулов гипнотика бывает во много раз сильнее, чем того могла бы достичь свободная воля бодрствующего человека.
62. Чувство усталости действием внушения.
63. При поднятии внушенной тяжести наступает сейчас же нормальное чувство усталости.
64. Всем известные опыты этого рода могут быть проделаны со всей рукой и даже со всем телом.
65. Каталептический мост.
66. Сознание выключено—этим достигнута так называемая автоматичность внушения.
67. Внушается расслабленность мышц руки.
68. Внушается напряженность мышц руки.
69. В этих случаях приостановлены не моторные нервы, а сознательное волевое влияние на них.
70. При соответствующем внушении пациент не может закрыть рта.
70а. Выключение внушением чувства боли на одной стороне лица.
71. Можно установить точные границы потери чувствительности кожи.
71а. На этом основана нечувствительность факиров.
72. Собственная работа нервов (рефлексы) не останавливается в гипнозе.
73. Коленные рефлексы сохраняют свою силу во время гипноза—это объясняется тем, что путь этих рефлексов не находится в коре мозга.
74. Расширение кровеносных сосудов кожи сообразно внушению (стигматы).
75. Частота биения сердца поддается внушению.

Часть V

76. Жизнь чувств тоже поддается гипнотическому внушению. Такие гипнотические внушения часто применяются с лечебными целями и они дают большие результаты. Внушение в сфере чувств—„любовь и тоска“. „Вы думаете о своем женихе“.
77. Страх: подозрительный мужчина преследует вас.
77а. Отвращение: этот мужчина был грязен и ужасен.
77б. Гордость: вы назначены лейтенантом.
78. Быстрая смена аффектов.
78а. Радость: вам подарили новую шубу.

78б. Печаль: вы не можете ходить—ноги больны.
78в. Удовольствие: вы опять здоровы, вы слышите интересный анекдот.
79. Сознание своей личности тоже может быть изменяемо. Вам 8 лет. Вы пришли поздравить дядю со днем рождения.
80. Вы шестидесятилетний старик, наполовину хромой с больной грудью и больными глазами.
81. Вы танцующий медведь.
82. Причешитесь,—вот зеркало.
83. У вас прыщик на левой щеке.
84. Примерьте новую шляпу.
85. Меняется отношение к окружающему миру. Подлинный мир уходит и создается новый.
86. Удалось перед научной комиссией, благодаря внушению убедить больного, что он находится в кафе.
87. Вы в кафе, играете на биллиарде. Какой-то господин смотрит на вашу невесту. Вы ревнуете.
88. Вы гуляете на лугу, возле леса, много цветов, солнце садится. Становится свежо.

Часть VI

ПОСТГИПНОТИЧЕСКИЕ ВНУШЕНИЯ

89. Действие внушения может быть продлено с тем, чтобы оно выявилось после того, как гипноз прошел.
90. Внушение находится в нижнем сознании, пока не кончается реакция.
91. Поэтому приказы, которые были даны еще в состоянии гипноза могут автоматически выполняться и после пробуждения.
92. После того, как вы проснетесь, вы прокричите три раза „ура".
39. Постгипнотическое внушение реализируется в точно установленный срок.
94. Через три минуты после вашего пробуждения у вас будет припадок гнева.
95. После гипноза, несмотря на полное пробуждение сознания могут быть точно выполнены самые бессознательные внушения. Вы будете есть шоколад, который я вам предложу и только после второго укуса вы заметите, что у вас во рту и в руке?.
96. После пробуждения вы возьмите у стоящего возле вас человека шляпу, выпьете воды и остаток выльете ему на голову.
97. Повторное засыпание может быть внушено после пробуждения от гипноза. После пробуждения вы опять заснете, когда я трону свой воротник.
98. Гипнотику внушено украсть в постгипнотическом состоянии.
99. Аналогичный опыт.
100. Гипнотизируемый подсознательно знает, что это только эксперимент. Для выполнения действительного преступления необходимы соответствующие задатки и полное отсутствие социальных инстинктов. Никогда не удастся при самом глубоком гипнозе внушить выполнение поступков, противоречащих внутреннему сознанию гипнотизируемого.
101. Внушение: „вы, собака и ходите на четырех ногах"—не будет выполнено гипнотизируемым, имеющим сознание собственного достоинства, несмотря на обычную легкую внушаемость.
102. Также не удается внушение против чувства приличия. Например: „после пробуждения—сядьте к господину X..... на колени".

103. Не удается внушение против чувства самосохранения: „застрелитесь".
103a. Все последние опыты, вызывающие душевный конфликт, крайне опасны. Они ведут к душевной травме.

Часть VII

ГИПНОЗ В МЕДИЦИНЕ

104. Внушение и гипноз используются в лечебных целях, в тех случаях когда имеются нервно-больные. Типичный пример: подергивания от пережитого в детстве испуга.
105. Улучшения после внушения.
106. Лечение внушением.
107. Лечение больной руки внушением.
108. Истерическое подергивание мускулов.
109. Эта болезнь тянулась 15 лет и была излечена в несколько сеансов.
110. Очень распространенная нервная болезнь (тик).
111. Лечебное значение заключается в постгипнотическом внушении.
112. Гипнотизировать и внушать может и должен только опытный врач—гипнолог.
113. Гипноз и внушение, сделанные недостаточно авторитетным врачом опасны. Кроме того нет уверенности, что они могут устранить возможные осложнения при гипнозе. Пробуждение происходит с большим трудом.
114. После пробуждения бывают нежелательные состояния, как например, сонливость—обмороки.
115. ... или припадки страха.
116. Но их излечение всегда почти удаются опытному гипнологу.

Спрашивается на кого рассчитана картина. Ответ—на самого широкого зрителя. Что она ему дает? Имеется ли здесь хотя бы элементарное биологическое освещение сущности гипноза? Нет. Все показываемое в фильме, за исключением чисто практической части является сплошной метафизикой. Такая фильма должна быть признана безусловно вредной.

Той же производственной организацией (Ufa) была[1] поставлена и другая фильма по гипнозу: „Опыты гипноза" (Versuche in Hypnose), которая состояла из трех частей. Картина снята без игровых моментов и документирует строгие клинические опыты с внушением и гипнозом, изменением восприятия органов чувств, постгипнотическим внушением, трансформацией личности во время суггестии и т. д.

Другим примером зарубежной научно-популярной фильмы является картина „Законы любви"—(из папки исследователя сексуолога).[2] Фильма была поставлена под руководством

---

[1] Авторы D-r Rutkowski—D-r Thomalla.

[2] Gesetze der Liebe — Aus der Mappe eines sexualforschers. Постановка—Humboldt Filmgesellschaft. Berlin.

Института Сексуальных Знаний в лице д-ра Магнуса Гиршфельда и д-ра Н. Бека (D-r Magnus Hirschfeld und D-r H. Beck).

Картина охватывает огромный материал, трактующий различные вопросы половой проблемы в животном мире, начиная от простейших и кончая человеком. Она исходит из тезы, что половой вопрос является лейтмотивом всего живущего на земле. Построена фильма по необычному типу пристегивания художественной картины к чисто научно-популярному материалу.

А вся фильма в целом подается как лекция, проводимая Институтом Сексуологии. Первые три части картины рассказывают о „законах любви" в животном мире. Четвертая часть посвящена сущности гомосексуализма и последние две части—трагедии одного гомосексуала.

В первых частях даются сведения о размножении в природе у насекомых, животных, птиц. Снимки сделаны с редким мастерством. Фильма подает ряд интереснейших моментов из жизни природы. Этот материал рассчитан на необычность и новизну. Публика его до этого не видела. Прямой расчет, что материал ей понравится.

Вторая половина фильма „бьет" уже на сенсацию. Эти части „щекочут нервы" зрителя, „дразнят" его „Sex", влекут в „объятия" „порока".

Непонятно, почему для второй части фильмы выбрана тема о гомосексуализме. Она органически с первой половиной картины мало связана. Для картины, посвященной половой проблеме, можно было бы найти более актуальные психогигиенические вопросы сексуальной жизни, нежели развернутая картина переверзии.

Надо подчеркнуть, что вторая половина фильма забивает первую и сводит просветительный эффект первой почти на нет. Объясняется это, как исключительной „остротой" гомосексуальной темы, так и талантливой игрой главных актеров: знаменитого Конрада Вейта (Conrad Veidt) и Рейнгольда Шунцеля (Reinhold Schünzel).

Последние две части поставлены, как игровая, художественная фильма; они показывают как в интернате воспитывается мальчик Пауль Корнер. Он дружит с товарищем. Дружба, по мнению воспитателей, переходит границы и Пауль исключается из школы.

Годы проходят. Пауль студент. Он живет одиноко прячась от всех. Девушки его не привлекают. Он сторонится их. Ему

грустно. Все свое время и энергию он посвящает скрипке. В итоге — успехи, он добивается большой виртуозности. Его концерты полны. Публика чествует его, но нигде никто не знает, как он несчастен, как он страдает. Случайно он знакомится с молодым человеком, Франц Боллеком. Последний оказывается вымогателем. Угрожая ему разоблачением и соответствующей статьей уголовного кодекса, он получает у него деньги и золотые вещи.

Чтобы избавиться от переверзии Пауль обращается за лечебной помощью к *гипнологу*. Последний проводит сеансы, но гипнотерапия здесь бессильна. Тогда он обращается к ученому сексуологу. Видя его тяжелое депрессивное состояние, сексуолог его успокаивает, объясняет ему сущность гомосексуального влечения, и говорит, что в последнем ничего постыдного нет. Только незнание, невежество людей могут породить такое отношение к гомосексуализму.

Жизнь продолжается, Паулю не становится легче. Вымогательства шарлатана усиливаются. Не выдержав всего этого, он вступает с вымогателем в конфликт. Последний приводит его на скамью подсудимых. Здесь Пауль присуждается к тюремному заключению за свои противоестественные наклонности. Перед заключением в тюрьму он получает на несколько дней свободу. На свободе он видит, что все от него отворачиваются, знакомые не кланяются. Устроители концертов отказывают в ангажементе. *Человек остался один*. Он не выдерживает такого состояния, принимает яд и умирает.

Заканчивается фильма следующими словами лектора, представляющего *Институт Сексуальных Знаний*.

„Помогайте все тому, чтобы вскоре наступил день, при котором такие трагедии станут невозможны, так как наука одержит победу над предрассудками, право — над бесправием, и человеческая любовь над человеческой ненавистью“.

Таково содержание картины. Последние две части оставляют на зрителе неизгладимое впечатление. Зритель уходит потрясенный тяжелой трагедией гомосексуала. Санитарно-просветительные и психопрофилактические установки фильмы не достигают цели, в связи с неправильным отбором материала, и неверной его конструкцией.

Патопсихокинографический материал имеется также в целом ряде антивенерических фильм. (*„Венерические болезни и борьба с ними“*, *„Венерические болезни и их последствия“* *„...До третьего и четвертого по-*

колени я“[1] и т. д.). Во всех этих фильмах в разделе „последствия сифилиса“ очень бегло демонстрируются клинические картины нейролюэса, по преимуществу спинная сухотка и прогрессивный паралич. Объяснения этих состояний нет. Больные подаются в „устрашающем порядке“. В таком виде материал мало доходит до зрителя и неправильно им воспринимается.

В зарубежном патопсихокинографическом материале можно встретить картины, посвященные наркомании.

Противоалкогольная фильма „Враг народа“[2] показывает эпизоды алкоголизма, его влияние на соматику и психику, различные нервно-психические расстройства, обусловленные им дефективное потомство, преступность, болезни и т. д. Концовка картины говорит о путях борьбы с ним.

Фильма не содержит социальной трактовки проблемы. Тема сознательно сужена. Акцент ставится только на „ужасы“ алкоголизма. В таком виде она демонстрирует недостаточно разработанный и малоценный материал.

Научно-художественное и художественное оформление популярной фильмы

Сюда относится большое количество фильм. Отметим некоторые из них—наприм., противоникотинная фильма о вреде табака (американского производства).[3] Построена в таком же плане.

Начинает вопрос с Адама — картина демонстрирует курящих индейцев и рассказывает об импорте табака из Америки, после ее открытия. Развертывается клиника никотинного отравления с показом патологически-измененных органов (сердце, сосуды, легкие). Фильма имеет небольшое сюжетное обрамление, органически не увязанное с основным содержанием картины. Почему-то главным действующим лицом взята дочь крупного американского табачного фабриканта, которая узнав от случайного врача о вреде табака, решает исправить то зло человечеству, которое наносит ее отец. Получается своеобразная трактовка проблемы „отцы и дети“.

Следующая фильма „Во власти яда“ — научно-художественная картина, посвященная борьбе с наркотиками и нар-

---

[1] „Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung“ (2598 метр—Deulig), Die Geissel der menschheit (4 ч. — 1652 метра — Ufa), „Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen“ (4 ч.—1054 м—Ufa), „Bis ins dritte und vierte glied“ „(3—949—Neue Kinogesellschaft), „Falsche Scham (4 ч.—2240 м—Ufa)“ и др.

[2] Ein Folksfeind—5 част. Pan Film.

[3] Руководитель D-r John Harvey Kellog.

команией. Занимателен сюжет, насыщенный острыми моментами из жизни наркоманов. Показ госпиталя: в палатах всевозможные больные, жертвы алкоголя, морфия, кокаина; тут и водянка от запоя, патологические изменения органов и т. д. Захватывающая семейная трагедия на почве наркомании, сопровождаемая изменой, преступлением и убийством. Сохранен обычный в американских картинах „счастливый конец". Несчастная жертва порочной привычки выздоравливает в госпитале, возвращается домой к все восстанавливается к общему благополучию.

Иногда среди всей этой макулатуры встречаются более или менее положительные вещи, сделанные серьезно. В качестве примера можно указать на фильму „С м е е м л и м ы м о л ч а т ь",[1] прошедшую за границей с большим успехом. Фильма демонстрировалась и у нас несколько лет тому назад. Тема: проблема сифилиса — леченного и нелеченного. В последнем случае в итоге — поражение нервной системы. Яркий образ паралитика дает тот же К о н р а д В е й д т. Смотрится фильма с большим интересом, в значительной мере, обусловливаемым талантливой игрой артистического ансамбля. Но в фильме имеется целый ряд недочетов, относящихся к чуждому нам по идеологии быту среднего и мелкого немецкого буржуа. Резко брасается в глаза отображенная в фильме идеология буржуазного здравоохранения, где частная филантропия заменяет государственное строительство и самодеятельность самих трудящихся, и где частная практика окружена ореолом глубины научной теоретической работы и хорошо поставленной охраны здоровья.

Еще более интересной является знаменитая фильма „Т а й н а о д н о й д у ш и" (Geheimnisse einer Seele). Выпуск германской фирмы „Уфа".

Интерес этого фильма заключается в смелой попытке осветить в кинодраматургической форме основные вопросы психоанализа. Сделана фильма по учению З и г м у н д а Ф р е й д а. Трактует она скрытые механизмы душевной жизни. Параллельно отражается и психоанализ, как практический лечебный метод. Из содержания картины явствует, что множество телесных и физических проявлений болезни, есть не что иное, как формы проявления душевного расстройства. Последнее всегда имеет определенную, его вызывающую причину. Задача умелого врача психоаналитика — установить

---

[1] Dürfen wir schweigen? 7 ч.—2700 м—Nero-Film g. m. b. H.

причину душевного заболевания. Картина показывает психоаналитика на „работе". Б-ой лежит на кушетке, рядом сидит врач. Б-ой рассказывает о своих снах. Говорит все, что приходит ему в голову (метод свободных ассоциаций). Рассказанный сон больного является отражателем (als offenbarung) бессознательного и ценным диагностическим средством.

Своим содержанием картина показывает, что эротическое (Das Erotische) играет здесь особую роль, так как психоаналитическое учение видит первопричину невротических заболеваний в развитии различных сексуальных нарушений. Фильма подчеркивает, что сны это — ключи к пониманию бессознательного. Через сон можно понять сущность комплекса. (Рис. 29).

Так как фильм говорит художественными образами, то он является прекрасным средством популяризации абстрактных положений психоаналитического учения. Получилась яркая фильма, обязанная своей удачной художественной постановкой, как режиссеру Пабсту, так и выдающемуся артисту — Вернеру Краусу.

Сюжетная линия картины вскрывает перед зрителем причины одной фобии. До того здоровый человек вдруг заболевает психическим расстройством. Он боится острых вещей. Он не может дотронуться до ножа. Как выясняет картина, в основе этого заболевания лежит недостаточная половая потенция больного и ревность его к жене, в связи с предстоящим приездом родственника из далекой колониальной страны, к которому жена была в прошлом неравнодушна.

После нескольких сеансов психоанализа, во время которых перед б-ым была проанализирована скрытая причина болезни — он поправился.

Надо сказать, что с точки зрения кинематографической формы, эта картина является несомненно блестящим произведением. Что же касается его содержания, то фильму следует признать сугубо вредной, поскольку она в такой яркой, талантливой форме широко пропагандирует методику и практику психоаналитического учения.

Психопатологическое воздействие зарубежной художественной кинематографии

Поставленный вопрос — огромной социальной значимости. Трудно учесть все то травматизирующее воздействие, которое несет с собой за рубежом художественная кинематография

в этом плане. Влияние художественной кинематографии на психику является той еще неисследованной областью, которая в равной степени интересует, как психологов и педагогов, так и психиатров. Преследуя классовые цели, исходя из соображений наживы, производственные киноорганизации наводняют буржуазный рынок фильмами, задача которых завоевать аудиторию какой бы то ни было ценой. Отсюда идут эти установки: на сенсацию, на возбуждение грубых инстинктов толпы, на показ сексуального, порнографического. Особенно отличаются в этом стиле работы американской кинематографии. На ряду с отдельными художественными произведениями высокоталантливых и искренних художников (Чаплин, Сесиль де-Милль, Мамулян и др.), которые борятся с подобными установками, выпускается в большом количестве стандартная кино-макулатура, наводняющая, как американский, так и внеамериканские рынки (разумеется — кроме СССР).

Размер этого, поистине социального бедствия, становится время от времени настолько нетерпимым, что вызывает справедливые протесты и осуждение даже у буржуазных критиков.

Эти бесконечные фильмы, содержание которых посвящено различным преступлениям и способам их раскрытия, действуют как тяжелый дурман на аудиторию, в особеннности на ее юную — подростковую часть. Эти фильмы названы Курт Мореком, автором монографии „Sittengeschichte des Kinos“ школой преступления (Schule des Verbrechers). Выпускаемые криминальные фильмы будят в аудитории злобность, жестокость. Морек прямо заявляет, что позорнейшей (темной) главой в истории кинематографии (т. е. буржуазной.— Л. С.) является это разжигание темных инстинктов толпы. В фильмах, в которых принимали участие цветные (т. е. негры и т. д.) люди, давались образцы бесчеловечного отношения к ним, сцены третирования, избиений и убийств. Характерно, что примерно такой же привкус, правда ослабленный, остается после просмотра картины „Хижина дяди Тома“, которая будучи поставленной по одноименному роману Бичер-Стоу должна была вызывать совершенно иные чувства и тенденции.

Это бесчеловечное отношение к цветным расам достигло своего апогея в одной немецкой экспедиционной фильме „Говорит Африка“, постановщики которой не только погнали прислуживающего им негра носильщика в пасть льва, но засняли самый процесс съедения негра львом. Все

это было подано в такой циничной форме, что вызвало бурю возмущения в передовой части буржуазного общества. Собрана богатейшая фактическая литература об отрицательном воздействии „дрянных“ фильм (Schundfilm) на психику. Они (эти фильмы) учат любому преступлению. Они показывают, как можно покончить самоубийством. Морек в своей монографии ссылается на слова одного судьи, который сказал:

„Демонстрация краж, жестокого обращения, убийства и других преступлений возбуждает в подростке и в индивидуумах, которые еще не научились владеть своими страстями, желание подражания (...das Verlangen zur Nachamung)“.

Таково же и влияние сексуальных фильм на подрастающую молодежь. Очень часто фильмы разжигают еще дремлющий сексуальный инстинкт. Почти подавляющее большинство выходящих за рубежом фильм посвящсны „любви“. Эротика, подчас грубая и не прикрытая, единственная тема большинства картин.

Общеизвестно, что современное буржуазное искусство (литература, живопись, театр и т. д.) пропитано эротикой; но буржуазное кино насквозь эротично и в большей степени, чем каждое из них в отдельности. Одни названия подобных фильм: „Дом порока“, „Пещера пороков“, „Зала семи грехов“, „Дети греха“, „Те, которые любят только за деньги“ и т. д. и т. д.[1] достаточно красноречиво говорят за себя.

---

[1] В этом плане замечательная корреспонденция прислана Петром Дорном из Нью Иорка—июль 1935 г. (см. газ. „Правда“ от 10|VIII 1935 г.). Называется она „На краю ночи Голливуда“. Помещаем ее в выдержках.

„Вечерами, когда бледное нью-иоркское небо, зажатое в тиски небоскребов, темнеет и словно подымается над душным каменным городом, в световых рекламах вспыхивает имя Мей Вест.

Для средних американцев-буржуа имя Мей Вест в десятки раз популярнее имен Уотта Уитмэна, Теодора Драйзера или Джона Дос-Пассоса.

Мей Вест—в центре внимания „большой и желтой прессы, и в дни всеобщей забастовки в Сан-Франциско репортеры, захлебывающиеся в восторженных словах, успокаивали внимание своих читателей описанием шкур белого медведя, которые лежат на полу приемной Мей Вест и „оттеняют“ темперамент хозяйки. Мей Вест властвует над умами буржуазии.

Кто же она? Признанный пророк новой религии? Законодательница мод?

Мей Вест—одна из американских „королев“, но в то же время как короли угля, железа, прессы, пуговиц, подтяжек или патентованных средств под ударами кризиса один за другим теряют свои „престолы“, Мей Вест стала королевой именно в силу кризиса.

О том, как подобные фильмы действуют на аудиторию, и в особенности на молодежь, можно легко себе представить.

Достаточно указать, что по данным Мюнхенской Акушерской и Гинекологической клиники половина юных рожениц познакомилась со своими соблазнителями в кино. О том, какие размеры все это там принимает, можно судить также и по тому, что когда немецкий кино-еженедельник ввел на своих страницах раздел для помещений разных объявлений, под

Мей Вест—„королева проституток", возведенная на этот престол крупнейшей кинематографической фирмой „Парамоунт". Мей Вест—достойный собрат по профессии Херста, короля прессы, и Хейса, короля кино.

Они однообразны, эти фильмы. Мей Вест неизменно играет в них роль проститутки, переживающей десятки „л ю б в е й". Сценарии этих фильмов написаны самой Мей Вест, написаны натуралистически, с п о д л и н н ы м з н а н и е м „д е л а". Каждый из этих сценариев построен так, чтобы иметь как можно больше возможностей демонстрировать развинченную походку, колыхающиеся бедра, танцующий бюст, полупропитый голос и весь ассортимент манер, движений и мимики „жрицы любви".

Мей Вест не разговаривает, даже не декламирует (как это делают некоторые „звезды"—плохие актрисы). Нет, она томно воркует. Реплики Мей Вест—это достаточно прозрачные и пошлые намеки, повидимому, рассчитанные на внедрение в быт, так как широковещательной рекламой они популяризируются при демонстрации фильма:

„Я—женщина не многословия, но большой активности".

„Если ты—динамит, дорогая,—я—твои спички".

„Я—хорошая женщина для плохих мужчин".

С участием Мей Вест фирмой „Парамоунт" были поставлены три картины. В 1933 г.—„Она причинила ему зло"; в 1934 г.—„Красавица XIX столетия" и в 1935 году.—„Идем в город". Судя по рекламе, „Парамоунт" готовит еще несколько фильмов с участием Мей Вест на ту же тему в о с х в а л е н и я проституции.

Товар пришелся по вкусу. Серия с участием Мей Вест приносит не меньше барышей, чем револьверно-бандитская серия. Разница в общественном эффекте этих фильмов невелика. Если револьверно-бандитские фильмы, где с дикой изобретательностью показаны десятки убийств (каждое из которых подано по-новому), романтизировали бандитизм, то фильмы Мей Вест прославляют „жречество любви".

В этих фильмах все животно и грубо, юмор заменен кабацкой сальностью.

Игра актрисы основана на подчеркнутом натурализме. Мей Вест сделала все возможное, чтобы зритель и видел и чувствовал, что перед ним подлинная проститутка.

Говорить об актерском ансамбле в этих фильмах—это все равно, что говрить о целомудрии в публичном доме. В с е а к т е р ы п о д о б р а н ы т а к, ч т о б ы е щ е с и л ь н е е р а с п а л я т ь п о х о т ь з р и т е л я.

Но фильмы собирают у кинотеатров очереди, и фильмы с участием Мей Вест, после „признания" ее зрителем, американские дельцы считают высоким произведением искусства.

„Так создается слава мира".

Ибо, с точки зрения капитализма, „искусство—это прежде всего товар".

рубрикой „Hallo Filmfreunde“,[1] то здесь можно было встречать такие анонсы:

„Ищу красивую темпераментную девушку от 16 до 19 лет для совместного посещения кино“.

„... Молодой художник из Лейпцига хотел бы познакомиться с красивой любительницей кино для совместных посещений кинотеатров“.

„Две веселые блондинки 19 лет хотят вступить в знакомство или переписку с образованным посетителем кино, не моложе 25 лет...“

„Молодая красивая девушка хочет познакомиться с мужчиной в возрасте от 20 до 25 лет, или вступить с ним в переписку...“

Комментарии, как говорится, излишни. По данным Морека темнота кинозала привлекает гомосексуалов, которые подсаживаются к молодым мужчинам и заигрывают с ними. Как показывают факты это поощряется и владельцами кинотеатров. Один из них решился пустить по всему городу рекламу, в которой не постеснялся написать:

„Заходите к нам, наше кино самое темное в городе“.

И, здесь, комментарии, как говорится, излишни.

Метафизические (сверхчувственные) мотивы

(Das übersinnliche im Film) [2]

Несколько особняком по своему количеству и удельному весу стоит группа фильм, которых можно объединить рубрикой —„сверхчувственных фильм“, трактующие в своем содержании вещи потустороннего мира. Действие этих фильм также сказывается в неблагоприятную сторону для психики массовой аудитории. Это обычно картины, посвященные киноофрмлению различных чудес: спиритизма, оккультизма, телепатии и др.

Картины, которые являются инсценировочными, и в которых „сверхчувственное“ является лишь материалом для художественной композиционной структуры кинопроизведения, следует отличать от так называемых попыток „кинодокументации“ метафизических явлений. И если первые фильмы ставятся по соображениям больших кассовых доходов, исходя

---

[1] Цитируем по книге Курта Морека.

[2] См. работу D-r'a Oskar'a Kalbus'a в книге „Das Kulturfilmbuch“. Berlin—1924

из „чудесности и таинственности", не стремясь к убеждению в их реальности, то второе являясь результатом или глупости, или сознательного шарлатанства, пытаются доказать истинность метафизического.

В 1913 г. Шренк Нотцинг (Schrenck Notzing)[1] пытался на спиритических сеансах от 25|VI и 13|VII кинофиксировать спиритичеcкe феномены. Приводимый им материал в таблицах является кинодокументацией инсценировки медиума, введшего присутствующих в заблуждение, им же сознательно продуцированной галиматьей. К удовлетворению нужно отметить большую редкость таких „исследовательских" картин.

Гораздо чаще используются эти мотивы для целей художественной кинематографии. На это обратила внимание и буржуазная критика. Известна работа Грефа (Graef—„Okkultes im Film". Der deutsche Film 1921 г. № 48), посвященная исследованию сверхпостижимого в художественных кинопроизведениях.

В этом плане была создана фильма большой впечатляемости под названием „Зов с того света" (Der Ruf aus dem jenseits), в которой обрисованы мысли и чувства мнимоумершего, находящегося в состоянии каталепсии. Фильма „Загадка в человеке" (Das Rätsel im Menschen) создана на сюжетной интриге с телепатией.

Мотивы чудесного

(Необычный гипноз. Факиризм, фантастика).

В картине: „Der Funkenruf der Riobamba" выведен образ аристократа, который при помощи гипноза овладевал нравящимися ему женщинами.

Лучшей фильмой этого раздела следует признать картину „Доктор Мабузо" (D-r Mabuso). Действующий герой этой фильмы, выдающийся ученый-психиатр, человек исключительной воли, и столь же сильных темных инстинктов и пороков. Владея в совершенстве гипнозом, он становится на путь преступлений. Гипноз создает его деятельности особые условия. В игорном доме он гипнотизирует своих партнеров и обыгрывает их. Так идет он по пути удач.

Преступления, это—одна сторона его деятельности, скрытая, мало кому известная.

---

[1] Materialisations—Phänomene, München, 1914 г. Tafel XXIX und XXX).

Но у него имеется и другая сторона жизни, когда он выступает в обществе, как крупный ученый, читает лекции, получает признание ученого мира.

Обе стороны расщепленной его деятельности причудливо перемешиваются, создавая на экране тип тяжелого эпилептоидного психопата.

Одной из наиболее нашумевших картин этого жанра является знаменитая фильма „Кабинет доктора Каллигари".

Действие происходит в больнице для умалишенных. Показываются больные и пышно подается их психопатология: бред, галлюцинации и т д.

Главный герой фильмы „страшный" д-р Каллигари (его играет Вернер Краус) проделывает какие-то невероятные опыты с лежащим в гробу медиумом Цезарем (Конрад Вейдт). В связи с неудачным похищением девушки, д-р Каллигари разоблачается. За ним устраивается погоня. Он заманивает своих преследователей в больницу, где он является главным врачом — и здесь он запирает их как душевнобольных.

При помощи световой техники, оптики съемочной аппаратуры, причудливых декораций с искривленными линиями, режиссеру удалось создать потрясающее произведение искусства, оказывающее огромное травматизирующее воздействие на психику.

Еще более известна Советскому зрителю монументальная фильма „Индийская гробница" („Das Indische Grabmal"), поставленная по одноименному литературному произведению, в которой пышно развернуты чудеса факиризма, необычный гипноз, волшебные чары иогов и т. д.

О. Кальбус рассказывает о фильме „Тень" (Schatten) в которой в качестве основного содержания была обыграна тема одной ночной галлюцинации.

К этой же категории фильм следует отнести звуковую картину „Свенгали", поставленную по одноименной опере „Трильби". В картине с редкой художественностью подан гипноз на „расстоянии". Свенгали „напрягает свою гипнотическую мощь". В ярких образах мы видим, как его „воля" преодолевает пространство, через улицы, через город несется к тому домику, к той квартире, в которой живет Трильби. Трильби не может противостоять мощному гипнотическому зову издалека. Она засыпает, и как лунатик, сонная

шествует по городу к жилищу Свенгали. Глаза гипнолога Свенгали обыграны исключительно. На зрителя эти кадры оставляют неизгладимое впечатление.

Не менее любопытна и другая картина „Франкенштейн" (американская), которую можно было бы назвать фильмой „ужасов". Сюжет ее несложен. Один выдающийся ученый сконструировал особую установку, какую-то необычную сверхмощную электромашину для оживления умерших. Эта машина может оживить только тогда умершего, если ему одновременно пересаживать в череп, специально приготовленный, обработанный головной мозг другого умершего.

Лаборатория помещается в катакомбах. Для получения экспериментального материала трупы вырываются из могил. Все это показывается в мрачной устрашающей обстановке, наводящей жуть на зрителя.

Начинается опыт. Все в порядке. Сеанс оживления на полном ходу. Слуга спешит с банкой, в которой лежит законсервированный мозг для оживления. На банке надпись „мозг здорового человека". На столе много таких банок. Случайно слуга разбивает банку и мозг рассыпается. Боясь ответственности, он хватает со стола другую банку и бежит к экспериментатору. На новой банке написано „Мозг сумашедшего". Экспериментатор этого не замечает. Трупу пересаживают патологический мозг. В итоге воскрешается буйный помешанный. Начинаются дикие приступы помешательства. Сумасшедший избивает медицинский персонал. Убегает из лаборатории. По дороге встречает маленькую девочку, которую убивает. Его похождения наводят „ужас" на все население. За ним устремляется яростная, возбужденная толпа жаждущая мщения, жаждущая его крови. Он погибает.

Фильма травматизирует зрителя. Острота восприятия усугубляется надуманным, искусственным мрачным фоном (световым) всей картины. Фотографии сделаны мастерски, но оператор и режиссер выдержали их в мрачных, темных тонах.

Режиссер фильмы талантливый Джемс Уэл. Он, судя по его работам последних лет, специализируется на научно-фантастической тематике, имеющей своим объектом человека и его психические переживания. Так, в 1932 г. он ставит вышеуказанную фильму „Франкенштейн", несколько позднее (1933 г.) всемирно нашумевшую и хорошо известную в Москве „Невидимку", и в 1935 году „Невесту Франкенштейна".

В интересной и содержательной статье Э. Арнольди,[1] анализируя материал и творческую целенаправленность художника фильм, приходит к следующим выводам, не лишенным логического обоснования.

„В „Франкенштейне“ необходимо прежде всего обратить внимание на одно чрезвычайно существенное обстоятельство: жанр научно-фантастического фильма совершенно отчетливо переходит в гиньоль. Из научно-фантастического материала делаются выводы не в сторону показа социально-общественных следствий открытия, а для потрясения зрителя мрачными ужасами, которые становятся самоцелью. Научное открытие остается на заднем плане. Все действие сводится не к реализации плодов науки на пользу общества, а на его ликвидацию, на борьбу с устрашающим злом, в которое они превратились... и далее...

Это качество „Франкенштейна“ не является случайным и единичным. Наоборот, оно характерно для целого ряда подобных произведений, что дает право предполагать о его типичности.

По существу то же самое можно сказать и о следующем научно-фантастическом фильме Джемса Уэла „Человек-невидимка“ (1933).... Упор на гиньоль очевиден“. (Разрядка всюду наша.— Л. С.).

Вышедшая в 1935 г. фильма „Невеста Франкенштейна“ является новой картиной „начиненной“ всевозможными ужасами и как бы ставящая себе основной задачей потрясти до основания психику массового зрителя, во что бы то ни стало.

Такой разрез фильмы, такое ее содержание и направление должны иметь какое-нибудь объяснение. Во имя чего все это делается? Ответ ясен — во имя наживы, во имя кассового успеха, ибо материальный доход подобных картин буквально сказочен.

В творческой биографии Уэла есть еще один гиньольный грех. Уэл до „Невидимки“ поставил фильму „Старый мрачный дом“. В этой картине мы видим группу туристов; они заблудились в горах. Длительно бродят они в поисках приюта, и наконец, находят его в виде покинутого мрачного старого дома.

---

[1] Э. Арнольди. Заметки о буржуазном научно-фантастическом фильме. Журнал „Советское кино“ № 9. 1935 г.

Оказывается, что в этом доме живут душевно-больные, „настоящие сумасшедшие", которые создают ряд жутких коллизий, глубоко потрясающих массового зрителя.

Далее в 1933 г. выходит знаменитая (по шумихе) американская приключенческая фильма „Кинг-Конг" (авторы Купер и Шедзак—те же, что поставили фильму „Чанг", шедшую с большим успехом в СССР), и в 1934 г. ее продолжение— „Сын Конга".

Это тоже жуткая картина. О ней Арнольди замечает:

„И здесь также бесспорна установка на гиньоль. Половина фильмы проходит под визг героини, пребывающей в смертельном страхе. Гигантская обязьяна, найденная на неведомом острове киноэкспедицией сеет ужас и панику, убивает людей, сокрушает поезд метрополитена, ловит аэропланы, как мух". (Разрядка наша.— Л. С.).

Такие фильмы выходят и в других странах. Так немцы выпускают в 1934 г. картину „Золото". Автор Карл Харт. Содержание: борьба между немцами и англичанами за золото.

Характерно, что и детективная тематика, во-первых, пользуется успехом, и во-вторых, тоже начинает прибегать к научной фантастике, для повышения своей занимательности.

Так небезызвестный Гарри Пиль участвует в 1933 г. в фильме под достаточно характерным названием „Невидимый проходит по городу". Основное содержание фильмы: борьба за шапку-невидимку. Сюжет извилист, сложен, запутан. Задуман и сконструирован он таким образом, что держит зрителя в огромном напряжении, повышая последнее все больше и больше, до максимальных возможностей.

С обычной для себя „физкультурной" ловкостью Гарри Пиль преследует похитителя шапки-невидимки. Тут и автомобиль, и мотоциклы, и плавание и т. д. Решающий бой между похитителем и погоней развертывается на большой высоте — в воздухе... на дирижабле.

Понятно, как все это заставляет „трепетать нервы" зрителя и травматизирует его психику.

В примерно аналогичном плане создана и другая фильма того же Гарри Пиля „Мир без маски". В центре драматургической структуры картины интересное научное открытие, а именно: изобретен аппарат, который позволяет видеть, как на расстоянии так.... и сквозь стены.

Преступники по вполне понятным причинам, проявляют огромный интерес к этой конструкции. Опять борьба и опять ужасы...

Интересно отметить, что руководитель Советской делегации на Международной Киновыставке в Венеции (1934) Б. З. Шумяцкий говорит о том же. В своей книге, посвященной этой выставке, он пишет:

„Не случайно поэтому, что самая крупная кинематография стран капитала — американская — заканчивает сейчас большинство своих фильмов не пресловутыми поцелуями в диафрагму, т. е. не благополучной концовкой, а как правило, трагическим концом — убийствами, кровью и мошенничеством...“ [1]

Анализируя фильму „Амок“, созданную режиссером Федором Оцеп по материалу Стефана Цвейга, в которой участвуют видные актеры, как например Шарль Ванель и Марсель Шонталь, он замечает, что режиссер „смакует“ психопатологию своих героев.

И, наконец, он подчеркивает, что ряд картин заостряет внимание зрителя на проблеме смерти, выбрасывая как бы своеобразный лозунг „Memento mori“, а именно: „Смерть на отдыхе“, „Человек-невидимка“, „Маленькая женщиа“ и др. Это жуткие фильмы. Это все фильмы ужасов. [2]

Кроме кассовых соображений ведущую роль играют политические установки.

На них заостряет свое внимание тов. Шумяцкий; он пишет:

„Это „жуткие“ ленты — и дело вовсе не в том, что они трактуют темы в жанре „гран-гиньоль“ (театра ужасов), а в том, что выбитая из колеи кризисом творческая мысль буржуазного кинематографиста не знает как и чем завлечь в кино зрителя. Обычные темы ей недоступны. Чтобы приобрести значимость и связь с массовым зрителем нужна ведь такая высококачественная и идейная их трактовка, которая классово и политически недоступна кинематографии капиталистических стран. Ей остается только одно: искать лишь воздействие на различные инстинкты масс.

---

[1] Б. Шумяцкий. Советский фильм на Международной Киновыставке. Москва—1934 г.

[2] „В немецких фильмах—пишет Муссинак—фигурирует слишком много гробов. Случается даже, что эти гробы бродят без посторонней помощи („Носферарту“). Женщины пьют преспокойно кровь своих жертв („Генди НС“). Привидения повелевают („Четыре жизни“). Скелеты являются статистами, причем не всегда бесстрастными. Сюжеты германских фильм всегда трагичны с уклоном в крайность“.

Остается аппеляция к эротике, мистике или к уголовщине в виде прославления сильной бандитской личности". (Разрядка наша.— Л. С.)

Все эти фильмы, рассчитанные на суеверное любопытство мещанской толпы к сверхестественному, задурманивают голову широкой аудитории, приучают ее верить в мир ирреального, сверхестественного, и своими различными острыми переживаниями и ужасами травматизируют психику.

Следовательно, данную группу фильм будет правильно поместить в рубрику картин с психопатологическим влиянием на массовую аудиторию.

□

ПАТОПСИХОКИНОГРАФИЯ В СССР

(Научно-исследовательская и педагогическая)

Несмотря на огромные, общепризнанные успехи советской художественной кинематографии, несмотря на значительное развитие у нас научной и педагогической фильмы, участок патопсихокинографии находится не в блестящем положении. Конечно, мы имеем и здесь результаты, подчас не плохие, мы можем указать на ряд фильм, имеющих несомненные достоинства, но тем не менее приходится констатировать, что по этой линии работы, мы идем с запозданием и с замедленными темпами. Наибольшими минусами в проделанной у нас патопсихокинографической работе, являются случайность в выборе тематики, недостаточно сериозное отношение к проводимой работе и мало эффективное использование сделанной продукции. Очевидно, что по всем этим сторонам работы нам необходимо перестроиться, перейти на план, на систему, на продуманную методику.

С этой точки зрения крайне поучительным является подробное ознакомление с уже проделанным этапом работы. Тогда для нас многое станет более ясным и понятным, наметятся ближайшие перспективы, и выявятся реальные пути их осуществления.

Анализ имеющегося у нас патопсихокинографического фонда мы проводим по линии тех четырех типовых разделов, которые были нами намечены в первой главе, а именно: раздел научно-исследовательской фильмы, педагогической, научно популярной и научно-художественной фильмы. Начнем с первого.

Исследовательская фильма

Надо прямо сознаться—этот раздел является самым бедным во всей системе советской патопсихокинографии. Сделано по нем мало. Объясняется это тем, это данные фильмы носят сугубо специальный характер, не рентабельны и подчас сложны в методике реализации. Тем большую дань признания следует отдать тем нашим научным учреждениям, которые в большей или меньшей степени, сумели преодолеть стоявшие на пути трудности и добиться реализации замыслов.

Наиболее активными в этом направлении оказались наши психологи; особенного внимания заслуживают психокинографические работы ведущих советских психологов (Л. С. Выготский (†), А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев, М. С. Лебединский, и их учеников, которые в течение ряда лет пользуются методом киносъемки для изучения поведения и интеллекта ребенка.

В течение этого времени ими были выпущены следующие фильмы:

1. Счет и форма—200 м.
2. Методика исследования памяти—350 м.
3. Случай выдающейся памяти—120 м.
4. Практические интеллектуальные действия у афазика—100 м.
5. Развитие интеллекта у ребенка—900 м.
6. Случай афазии (работа А. Р. Лурия в Виэме— в 1934 г.).

Несмотря на большие технические трудности данные работы были проведены удовлетворительно. В связи с переездом в Харьков группа психологов (А. Н. Леонтьев, А. В. Запорожец) создали при кафедре психологии Всеукраинской Психоневрологической Академии киносъемочное ателье. В этом ателье проведены ряд патопсихокинографических работ. В частности под руководством проф. Протопопова создана исследовательская фильма на тему „Навыки у животных".

У кинолаборатории имеется специальная договоренность с НКЗ УССР по линии более интенсивного развертывания патопсихокинографии в системе Всеукраинской Психоневрологической Академии. Большую работу в Москве на детском материале провел проф. Щелованов, снимая поведение детей.

В отличие от психологов наши клиницисты проявили меньшую активность.

Одним из первых уделял много внимания проблеме включения патопсихокинографического метода в систему исследовательской работы, руководимых им учреждений покойный В. М. Бехтерев. Он неоднократно обращался к киноорганизациям с соответствующими заявками.[1] Будучи в научной командировке в Берлине, он специально посетил восточно-европейское представительство французской фирмы „Дебри" и знакомился там со съемочной аппаратурой и ее использованием для

---

[1] По сообщению б. Зав. Научн. отд. Межрабпома—Русь д-ра А. Н. Тягаа, акад. Бехтерев вел переговоры о постановке полнометражной фильмы „Современные психоневрозы".

своих научных работ. Внезапная смерть прервала эти подготовительные работы, которые находились в самом разгаре и обещали интересные результаты.

Из наших невропатологов опыт патопсихокинографии эпилептического припадка проделал проф. Эмдин (Ростов на Дону), сняв в своей клинике всю его картину.

Также и академик М. Б. Кроль имеет опыт патопсихокинографии в невропатологии, и уделяет специальное внимание расширению метода киносъемок в системе исследовательской и педагогической работы.

В своей монографии „Невропатологические синдромы" (стр. 229, рис. 153) он приводит фрагмент патопсихокинографического материала, демонстрирующий хватательный рефлекс при очаговом поражении лобной доли. На кадрах правая рука, которая несколько парализована, непроизвольно двигается вслед за поднимаемым предметом (перкуссионный молоточек).

По поводу этого феномена академик М. Б. Кроль пишет:

„Я привожу здесь вырезку из фильма (разрядка наша.—Л. С.) которая относится к больной, описанной из нашей клиники Е. Федоровой Верхняя конечность была много лучше, чем нижняя. Очаг находился на противоположной стороне. Хватание больной, действительно, напоминало феномен магнита. Больная не сознает этого навязчивого состояния. Она не может подавить внутреннее движение".

В этой монографии автор несколько раз использует патопсихокинографическую документацию синдромов, для иллюстрации соответствующих положений.

Так один из фрагментов фильма демонстрирует припадки судорожного закрывания век при заболевании эпидемическим энцефалитом (стр. 448, рис 179—180).

Следующим крупным этапом включения патопсихокинографии в проблемы физиологии и патофизиологии головного мозга, явились патопсихокинографические работы проф. М. Я. Серейского и А. А. Хачатуряна, проведенные в Психиатрической клинике 1 М. Г. У. (На Девичьем Поле) и Центральном институте усовершенствования врачей НКЗ (ЦИУ). [1]

---

[1] Эта работа началась в 1929 г. и первая ее часть была проведена в биохимической лаборатории Психиатрической клиники 1-го ММИ. Съемки производила киноорганизация „Межрабпом" под руководством М. Я. Серейского, А. А. Хачатуряна и Л. М. Сухаребского. Оператор Н. В. Мосягин.

Вторая часть работы была проведена в 1935 г. в Психиатрической клинике ЦИУ. Съемки проводились на обезьянах, кошках и собаках на фабрике № 2 Союзтехфильма. Оператор Н. В. Дрибинович.

Аа. поставили опыты по вызыванию сна у животных путем интроцеребральных инъекций в головной мозг. Последовательно инъецировались: калий, кальций, люминаль, веронал, эндокринные препараты.

Опыты ставились на кошках, а затем на собаках и обезьянах.

Аа. усовершенствовали стереоскопическую технику инъецируя в гипоталамус и в область парафундибулярия, вышеуказанные вещества.

Аа. удавалось вызывать характерную картину скованности и сна, которая дала много ценного для понимания природы кататонического синдрома.

В своей интересной работе „Соматологические проблемы шизофрении"[1] М. Я. Серейский рассказывает любопытные факты об этой серии опытов, имеющих с нашей точки зрения большое теоретическое значение. Он пишет:

„На пути к разрешению проблемы шизофрении есть одно большое препятствие—это невозможность вызвать ее экспериментально. И вот в настоящее время замечается перелом, которым нужно будет воспользоваться в полном объеме.

Впрыскиванием средних доз бульбокапнина удается у высших животных вызвать катотонический синдром, а именно каталепсию, негативизм, вегетативные расстройства, а при больших дозах и гиперкинезиз, т. е. импульсивность, доходящую до раптуса, реже манерность, стереотипию и проч. Что катотонические синдромы могут быть вызваны разнообразными веществами, мы можем судить и на основании личного опыта. Работая (совместно с д-ром Хачатуряном) по вопросу об экспериментальном сне и вводя различным животным (обезьянам, кошкам и пр.) различные корковые и подкорковые яды, мы неожиданно для себя вместо ожидаемого сна получали иногда типичные катотонические синдромы. Огромное значение при этих опытах имеет, очевидно, дозировка".

Приводим содержание фильмы (монтажный лист).

1. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ СОН

(первая серия опытов)

2. Центральный институт усовершенствования врачей.
3. Психиатрическая клиника.
4. Наркоз кошки и трепанация черепа для прокола (видно трепанационное отверстие).
5. Кошка просыпается после наркоза.

---

[1] Сборник „Современные проблемы шизофрении"—Медгиз, 1933, стр. 52

6. Внутримозговая инъекция химических веществ в область 3-го желудочка мозга вызывает сон.
Инъекции вне этого участка не вызывают сна.
7. Признаки сна: появление т. н. 3-го века, понижение тонуса мышц.
8 Походка после просыпания (манежные движения).
9. Наркоз собаки. Подготовка к инъекции.
10. Внутримозговая инъекция химических веществ в область 3-го желудочка мозга у двух собак.
11. Состояние сна, появление так называемого 3-го века, понижение тонуса мышц.
12. Длительный сон собаки и кошки через два часа после инъекции.
13. Обезьяна „Изольда" в клетке и на столе перед опытом.
14. „Изольда" просыпается после наркоза.
15. Внутримозговая инъекция и состояние сна.
16. Обезьяна „Тристан" после трепанации и перед инъекцией.
17. Состояние сна у „Тристана". Понижение тонуса мышц. Пробуждаемость (отличие от сна при отравлениях).
18. Состояние сонливости к концу опыта и наложение повязки.
19. Демонстрация одновременного сна у трех экспериментальных животных.

Полученный патопсихокинографический материал дал возможность проследить динамику нарастания патологических состояний, начиная от первых его микропроявлений до нарастания на полную высоту, и картину его обратного развития.

В общую историю патопсихокинографии в психиатрической клинике, проделанная киносъемка М. Я. Серейского и А. А. Хачатуряна войдет, как материал, значительного принципиального значения.

Интересный опыт применения патокинографии для изучения локализации фаз эпилептического припадка проделал во Всесоюзном Институте Экспериментальной медицины (ВИЭМ) Н. И. Проппер. [1]

Ссылаясь на опыты А. Д. Сперанского и его учеников в период 1925—1932 гг. и указывая, что последний считает происхождение эпилепсии подкорковым, он полемизирует с ним, утверждая, что участие в механизме эпилептического припадка принимают также кора и мозжечек, при самой активной роли симпатической нервной системы.

Для более детального изучения механизма припадков и более четкой фиксации самой картины проявления припадка, автор на ряду с другими способами исследования прибегал также к патокинографической фиксации своих экспериментов.

---

[1] Н. И. Проппер. Локализация фаз эпилептического припадка. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. Т. III, вып. 11—12, 1932 г., стр. 172.

На первом этапе своей работы, которую А. поставил в И-те невропсихиатрической профилактики НКЗ—он произвел киносъемку припадка у одной собаки.

Следующий этап работы был проведен в Московском филиале ВИЭМ (1933 и 1934 гг.).

Здесь А. пытался на широком экстирпационном материале, точной регистрацией дыхания, движения задних конечностей и киносъемки нескольких собак, изучить зависимость фаз и приступа в целом от тех или других отделов центральной нервной системы.

На 1-м Всеукраинском съезде невропатологов и психиатров, имевшем место летом 1934 г. в Харькове, эта фильма была продемонстрирована пленуму и встретила положительную оценку.

Показанный здесь патокинографический материал позволил с большой четкостью проследить за всеми проявлениями и фазами эпилептического припадка у животного.

Просмотр фильмы с убедительностью показал необходимость патопсихокинографической фиксации клиники эпилептических припадков в неврологических и психиатрических исследовательских учреждениях. Исходя из вышеизложенного можно предполагать что систематически проведенное патопсихокинографическое обследование материала в клинике эпилепсии, позволит глубже изучать ее симптоматику и динамику протекания.

Опыты по изучению механизма влияния экстирпации участков коры на моторику, с патокинографической фиксацией этих экспериментов были проделаны также в 1934 г. в Московском Институте Мозга (С. А. Саркизов и А. А. Хачатурян).[1]

Аа. удаляли у щенков одно полушарие головного мозга, и затем изучали архитектоническую структуру оставшегося полушария, и те изменения, которые в ней произошли в связи с образованным дефектом.

Кроме того на том же материале авторы изучали микро- и макро-симптоматику двигательных расстройств, которые с большой четкостью трудно уловимы для невооруженного патокинографически глаза.

Поставленные опыты были засняты на пленку и дали ценный научно-исследовательский материал.

Психиатрическая клиника Тифлиского медицинского института (директор А. В. Асатиани) провела исследовательскую

---

[1] Фильм снимался на Московской ф-ке Союзтехфильма под руководством: С. А. Саркизова, А. А. Хачатуряна и Л. М. Сухаребского.

кинодокументацию экспериментов на тему микроцефалии. Фильма состоит из 3 частей. В ней дается освещение сущности микроцефалии и ряд исследований, задача которых установить степень развития интеллекта у больного. Фильма демонстрировалась на XV Международном Конгрессе Физиологов.

Работы ВИЭМ'а

Но особенного внимания заслуживают исследовательские киносъемки во Всесоюзном институте экспериментальной медицины. Благодаря придаваемому большому значению кино, как методу научно-исследовательской работы, усилиями директора учреждения (проф. Л. Н. Федоров) создана первоклассная киносъемочная база, хорошо оснащенная необходимой аппаратурой.

На этой базе произведены многие ценные съемки, из которых исключительное значение приобретает материал, снятый под непосредственным руководством академика И. П. Павлова на тему: „Физиология высшей нервной деятельности у обезьян". Интересно отметить, что надписи к этому материалу написаны И. П. Павловым лично.

Выводы

Таковы на данном этапе результаты по разделу научно-исследовательской патопсихокинографии. Уже краткий обзор всей проделанной работы в целом, говорит о том, что выполнено мало, особенно, если эти результаты сопоставить с той огромной научно исследовательской работой, которая проводится по линии психоневрологии в СССР.

Педагогическая фильма

(учебная и инструктивная)

По разделу „Педагогическая фильма", у нас дело обстоит не лучше. В этом может убедиться каждый, который захотел бы использовать патопсихокинографический фонд для целей преподавания.

У нас нет ни одной патопсихокинографической инструктивной фильмы ни для младшего медперсонала, ни для среднего. Нет также инструктивных фильм технически сложных диагностических и лечебных мероприятий для студентов, для врачебного персонала. А между тем имеется большая необходимость в таком инструктивном патопсихокинографическом фонде, который быстро и с большей эффективностью позво-

ляя бы подготавливать и повышать квалификацию невропсихиатрических кадров.

Несколько лучше обстоит дело с учебными фильмами,— разделим имеющуюся продукцию учебной фильмы на три части, соответственно их характеру; тогда мы получим учебные фильмы по физиологии центральной нервной системы (высшей нервной деятельности) животных и человека—2 фильмы. Учебные фильмы по невропатологии — 2 фильмы. Учебные фильмы по психиатрии—2.

Таким образом даже с мобилизацией сюда учебных лент смежных отделов, весь фонд составляет только 6 фильм, из которых на долю самой психиатрии приходится только две маленькие фильмы, каждая по одной части.

Учебные фильмы по физиологии центральной нервной системы

Из учебных фильм этого раздела мы имеем, во-первых, ту часть из фильмы „Как устроено и работает тело человека", которая посвящена центральной нервной системе. Фильма поставлена Ленинградской ф-кой Союзтехфильм; режиссер д-р Н. И. Галкин. Рассчитана она на 4-ую группу средней школы; в наглядной и педагогически выразительной форме сообщает она сведения по анатомии и физиологии головного и спинного мозга, рассказывает об условных и безусловных рефлексах и знакомит школьную аудиторию с основами высшей нервной деятельности человека и животных.

Гораздо бо́льший интерес для педагогических задач патопсихокинографии представляет учебная фильма для 8-го класса средней школы „Нервная система".[1] Это целая серия учебных кинопособий (14 частей).[2]

Фильма распадается на ряд самостоятельных и законченных разделов, систематически связанных в единое целое

---

[1] Фильма „Нервная система". Сценарий проф. А. Н. Кабанова и д-ра Н. И. Галкина. Главный консультант проф. А. Г. Гинецинский. Консультант-методист—А. С. Михайлович. Режиссер—Н. И. Галкин. Оператор—А. И. Ожогин. Художники-мультипликаторы: Г. В. Вестфален и М. Е. Рахманина. Ассистент режиссера—Б. Ваховский. Ассистент оператора—М. Быльева.

Съемки производились в физиологической лаборатории Лен. ин-та педиатрии. Производство Ленинградской ф-ки Союзтехфильм № 1.

[2] Во время печатания нашей монографии, заканчивалась производством большая монументальная звуковая фильма, посвященная ученью И. П. Павлова, под названием „Физиология и патология высшей нервной деятельности".

и предназначенных для преподавания основ физиологии нервной системы.

Фильма представляет из себя широкое полотно, содержащее ряд опытов, отдельные части которого тщательно увязаны и продуманы.

К лучшим кадрам следует отнести те, которые освещают основные свойства нервной ткани: понятие о клетке, возбудимость нервной ткани, ее реакция на различные раздражители, понятие о тонусе и т. д.

Децеребрация животных, кошек, собак, обезьян — с большой ясностью демонстрирует роль и значение мозговых полушарий в поведении животного.

Выдающаяся наглядность демонстрируемого материала, четкая педагогическая его заостренность, ставят его на большую учебную высоту и делают незаменимым учебным пособием. Лучшим доказательством педагогической значимости фильмы, является положительная его оценка сектором кадров НКЗ для высшей медицинской школы — для мединститутов.

Ввиду огромного интереса материала фильмы приводим полностью его содержание по монтажным листам.

Раздел первый

РАЗВИТИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. В 2-х частях (633 метра)

1. Часть первая.
2. Возбудимость—основное свойство протоплазмы.
3. Сувойки...
4. ...на раздражение отвечают защитной реакцией.
5. Возбудимы также и отдельные ткани животных.
6. Вырезанная из тела мышца сокращается при раздражении.
7. Сократимая протоплазма одноклеточных организмов получает раздражение непосредственно из внешней среды.
8. У высших животных и человека раздражение из низшей среды передается сложным путем.
9. В процессе эволюции одноклеточный организм превращается в многоклеточный.
10. Пресноводная гидра.
11. В процессе эволюции клеточные элементы диференцируются.
12. Мышечно-эпителиальная клетка—прообраз нервной системы.
13. Раздражение.
14. Нервная система кишечнополостных животных представляет собой сеть из нервных клеток и их отростков.
15. На раздражения гидра отвечает однообразными движениями всего тела.
16. Части разрезанной гидры реагируют по-прежнему.
17. В процессе развития строение многоклеточных животных усложняется.
18. Плоский червь (планария)
19. Конец первой части первого раздела.
20. Раздел первый

РАЗВИТИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Часть вторая

21. В процессе развития нервной системы клетки нервной сети концентрируются в узлы—ганглии.
22. Отдельные участки нервной системы плоского червя функционально равноценны.
23. Дальнейшая концентрация и специализация нервных клеток.
24. Кольчатый червь.
25. Нервной системе кольчатого червя присущи избирательные реакции.
26. Многочисленные и разнообразные реакции червя осуществляются при наличии головных ганглиев.
27. Головной конец червя богаче воспринимающими нервными окончаниями.
28. Развитие нервной системы связано с усложнением взаимоотношений организма с внешней средой.
29. Развитие нервной системы у позвоночных.
30. Нервная система простейших хордовых представляет собой трубку.
31. Развитие нервной системы у позвоночных шло по пути усложнения головного конца нервной трубки.
32. Земноводные.
33. Пресмыкающиеся.
34. Наивысшего развития нервная система достигла у человека.
35. От ланцетника до человека.
36. Конец первого раздела.

Первые две части фильмы посвящены вопросам развития нервной системы. Аудитория, просмотрев эти две части, получает представление об основных свойствах нервной клетки, о специализации нервных клеток и развитие нервной системы у позвоночных.

Весь этот материал обычно проходит в один—два школьных урока.

После этого переходят к следующему разделу—к рефлексу.

Задачи этой части дать понятие о физиологических свойствах и функции нервной ткани и объяснить сущность рефлекса. Демонстрируются рефлексы зрачка, сухожильные рефлексы мышц и рефлекторная деятельность сердца.

Тщательность поставленных опытов делает показываемый с экрана материал первоклассным по своей педагогической значимости.

37. Раздел второй

РЕФЛЕКС (350 м.)

38. Образование нервных клеток.
39. Нервные волокна, соединяясь в пучки, образуют нервы.
40. Нерв проводит возбуждение.

41. Раздражение.
42. Отравленный участок нерва...
43. ...не проводит возбуждения.
44. После удаления отравляющего вещества...
45. Через некоторое время функция нерва восстанавливается.
46. При раздражении двигательного нерва скелетная мышца сокращается.
47. При раздражении нерва, несущего возбуждение гладким мышцам глаза, изменяется просвет зрачка.
48. Существуют нервы, раздражение которых вызывает не деятельность органа, а задержку деятельности—торможение.
49. При раздражении нервов слюнной железы выделяется слюна.
50. Для опыта в слюнной проток собаки вводят стеклянную трубку.
51. Раздражение языка кислотой вызывает слюноотделение.
52. Как передается раздражение с языка на слюнную железу?
53. Ответ на раздражение, осуществляемый при участии центральной нервной системы, называется рефлексом.
54. Если перерезать центростремительный нерв, рефлекс с языка исчезает.
55. Но раздражение центрального конца перерезанного нерва вызывает рефлекс.
56. После перерезки центробежного нерва рефлекс не может осуществиться.
57. Раздражение самого центробежного нерва вызывает слюноотделение.
58. Воздействие внешней среды вызывает ответную реакцию организма.
При освещении глаза просвет зрачка рефлекторно суживается.
59. При ударе по сухожилию скелетные мышцы рефлекторно сокращаются.
60. Деятельность сердца также подвергается воздействию внешней среды.
61. Для наблюдения за деятельностью сердца в мышцу сердца вводится игла.
62. При раздражении слизистой оболочки носа, рефлекторно тормозится деятельность сердца.

Третий раздел фильмы состоит из 2 частей и содержит материалы по физиологии спинного мозга. В нем дается строение спинного мозга и выявляются его функции—передача возбуждений с центростремительных путей на центробежные, путь спинно-мозгового рефлекса и т. д.

Весь этот материал подается по преимуществу крупными планами. Общие планы даны лишь постольку, поскольку они необходимы для освещения опытов в целом и ориентировки в их материале.

Конец раздела занят показом некоторых заболеваний человека, поражающих спинной мозг—показываются нарушения проводящих двигательных путей в спинном мозгу, при одновременном сохранении спинно-мозговых рефлексов.

Опыты и схемы на лягушках выявляют нарушение рефлекторной дуги.

63. Раздел третий

СПИННОЙ МОЗГ. В двух частях (527 м)

64. Часть первая

65. От спинного мозга отходит 31 пара нервов.
66. В спинном мозгу сосредоточены клетки центробежных нейронов.
67. В межпозвоночных узлах находятся клетки центростремительных нейронов.
68. В сером веществе находятся нейроны, передающие раздражения с центростремительных путей на центробежные.
69. Путь спинномозгового рефлекса.
70. Задние корешки содержат центростремительные, передние корешки— центробежные волокна.
71. Раздражение левой лапки (передние корешки перерезаны—задние сохранены).
72. Почему раздражаемая лапка осталась неподвижной?
73. Раздражение правой лапки (задние корешки перерезаны, передние сохранены.
74. Почему лягушка неподвижна?
75. Передача возбуждения с одного нейрона на другой исследуются экспериментальным путем.
76. Возбуждение с одного нейрона на другой переходит только в одном направлении.
77. Раздражение заднего корешка.
78. Раздражение центрального отрезка переднего корешка.
79. Спинной мозг связан с головным мозгом путями, проводящими возбуждение.

Часть вторая

80. Для изучения деятельности спинного мозга удаляют вышележащие отделы центральной нервной системы.
81. Такое животное не может поддерживать нормального положения тела. . .
82. Движения отсутствуют.
83. Но животное отвечает на раздражение.
84. Раздражению определенного участка кожи соответствует строго определенный двигательный акт.
85. Реакция исчезает после разрушения спинного мозга.
86. Рефлекторные реакции могут тормозить друг друга.
87. Квакательный рефлекс тормозится болевым раздражением.
88. Для изучения деятельности спинного мозга теплокровных животных удаляют головной мозг.
89. Для поддержания жизни животного устанавливается искусственное дыхание.
90. Обезглавленное животное, не может поддерживать нормального положения тела.
91. Животное, лишенное головного мозга, способно осуществлять сложные движения.
92. Существует и другой способ изучения деятельности спинного мозга — способ длительного наблюдения после операции.
93. Заслуженный деятель науки, акад. Л. А. Орбели.
94. У собаки задолго до опыта перерезан спинной мозг в грудном отделе. (Научный институт им. П. Ф. Лесгафта. Лаборатория акад. Л. А. Орбели).

95. Задние конечности не участвуют в движениях.
96. Каждое раздражение вызывает всегда определенную однообразную реакцию.
97. При некоторых заболеваниях человека поражается спинной мозг.
98. У больного нарушение проводящих двигательных путей в спинном мозгу.
99. Произвольные движения нарушены; спинно-мозговые рефлексы сохранены.

Рис. 37 демонстрирует сделанный мультипликационным путем кадр, на котором нарисованы задние конечности лягушки, поперечный разрез схемы спинного мозга и весь путь рефлекторной дуги. В одном месте этой дуги наносится повреждение, нарушающее целостность дуги, и получается выпадение функции соответствующей стороны. Большая наглядность материала делает эксперимент максимально доходчивым до юного мало-подготовленного зрителя.

Четвертый раздел фильмы трактует головной мозг. Дается его анатомия и физиология, на опытах выявляется понятие о роли головного мозга в мышечном тонусе, децеребрация различных отделов головного мозга. Выявляется патология головного мозга при некоторых заболеваниях человека. Много внимания этот раздел уделяет рефлексам с лабиринтов. На целом ряде подопытных животных демонстрируются последствия разрушения лабиринтов.

100. Раздел четвертый

ГОЛОВНОЙ МОЗГ. В пяти частях

101. Часть первая

102. Головной мозг является продолжением спинного мозга.
103. От стволовой части мозга отходят 12 пар черепных нервов.
104. У зародыша головной мозг развивается из трех первичных мозговых пузырей.
106. Задний мозг.
107. Средний мозг.
108. В среднем мозге сохранился остаток полости среднего пузыря.
109. Остаток полости среднего мозгового пузыря соединяется каналом с четвертым желудочком.
110. Передний мозг.
111. Борозды и извилины увеличивают поверхность коры больших полушарий.
112. Желудочки головного мозга сообщаются между собой.
113. Распределение белого и серого вещества в больших полушариях.
114. Волокна белого вещества соединяют различные участки коры между собой и с нижележащими отделами мозга.
115. У человека вес переднего мозга составляет более ¾ всего веса головного мозга.

116. В состоянии „покоя" мышцы нормального животного напряжены (тонус).
117. Края перерезанной мышцы расходятся.
118. При перерезке мышцы, лишенной связи с центральной нервной системой, края мышцы не расходятся.
119. При отсутствии мышечного тонуса тело согнулось бы под своей тяжестью.
120. Мышечный тонус преодолевает силу тяжести.
121. Тонус мышц поддерживается центральной нервной системой.
122. Наркоз выключает функции центральной нервной системы.
123. Через некоторое время...
124. Тонус мышц исчезает.
125. Различные отделы мозга по разному влияют на мышечный тонус. После удаления полушарий...
126. После удаления полушарий тонус мышц выражается в способности мышц сохранять приданное им положение.
127. Подобное состояние наблюдается у человека при некоторых заболеваниях мозга.
128. После удаления бугров мозга...
129. У животного резко преобладает тонус разгибательных мышц.
130. Усиленный тонус разгибательных мышц дает возможность „стоять" животному без полушарий и бугров.
131. После отделения продолговатого мозга от спинного дыхание прекращается.
132. Несмотря на установление искусственного дыхания, тонус мышц исчезает.
133. Но рефлексы спинного мозга остаются.

134. Часть третья

135. У животного с удаленным мозжечком... (Лаборатория акад. Л. А. Орбели).
136. Движение резко расстраивается.
137. Кошка с удаленным мозжечком.
138. Ориентировка тела в пространстве может осуществиться без участия больших полушарий.
139. Для осуществления ориентировки тела в пространстве необходимо взаимодействие сигналов с различных органов чувств.
140. Возбуждения, идущие с мышц и сухожилий, сигнализируют положение частей тела.
141. „Правой рукой повторяйте движения левой руки".
142. У человека при некоторых заболеваниях разрушаются центростремительные пути, идущие от мышц и сухожилий к головному мозгу.
143. Без помощи зрения больной не может определить положение своих конечностей.
144. „Прикоснитесь пальцем к кончику носа".
145. „Повторите это движение, закрыв глаза".
146. У слепых сигналы идущие от кожи мышц и сухожилий, частично компенсируют потерю зрения.
147. Слепая кошка...
148. Двигается, как нормальная...

149. Часть четвертая

150. Существенную роль в ориентировке тела в пространстве играют рефлексы с лабиринтов.
151. В полукружных каналах лабиринта заложены чувствительные нервные окончания.
152. При движении головы жидкость в полукружных каналах давит на нервные окончания.
153. По сигналам с полукружных каналов, при резком движении вверх, конечности животного вытягиваются (лифтная реакция).
154. У животного с разрушенными полукружными каналами эта реакция отсутствует.
155. Отолитовый орган лабиринта.
156. В отолитовых органах заложены чувствительные нервные окончания.
157. Сигналы отолитовых органов зависят от положения головы.
158. У нормального животного при насильственном повороте тела сигналы с лабиринтом удерживают голову в исходном положении.
159. У животного с разрушенными лабиринтами голова пассивно следует за поворотом тела.
160. Лабиринтный рефлекс ориентирует животное в пространстве.
161. Лягушка с разрушенными лабиринтами.
162. Голубь с разрушенными лабиринтами.
163. Кошка с разрушенными лабиринтами.
164. Прыжок нормальной кошки.
165. Прыжок кошки с разрушенными лабиринтами.
166. Падающая кошка становится на ноги.
167. Как кошка переворачивается в воздухе? (снято рапидом).
168. После разрушения лабиринта кошка падает на спину (снято рапидом).

169. Часть пятая

170. Чем выше организованное животное, тем большую роль в реакциях животного играют большие полушария головного мозга.
171. Удаление больших полушарий у лягушки.
172. Поведение оперированной лягушки мало отличается от поведения нормальной.
173. Голубь с удаленными большими полушариями.
174. Поведение собаки с удаленными полушариями головного мозга резко отличается от поведения нормальной собаки. (Лаборатория проф. Г. Н. Зеленого).
175. Обезьяна после удаления обоих полушарий погибает. Удаление одного полушария вызывает паралич половины тела. (Лаборатория проф. Н. Ф. Попова).
176. У человека даже ограниченные повреждения коры в области двигательных центров ведут к параличам.
177. От коры больших полушарий идут возбуждения к мышцам тела.
179. Раздражение определенных участков коры вызывает соответствующие движения.
179. Путем операции можно внутри черепа установить электрод и оставить его на долгое время у коры мозга.
180. Через три недели после операции.
181. Раздражение коры у заранее оперированной собаки.
182. К коре больших полушарий идут возбуждения со всей кожи и поверхности тела.

183. От различных органов чувств возбуждения идут к различным участкам коры, больших полушарий (центры головного мозга).

Последний раздел — пятый трактует проблему условных рефлексов в свете поведения. Показывается И. П. Павлов, его институт. Ставятся опыты на животных. Наглядно демонстрируется техника выработки условных рефлексов у животных.

Затем картина переходит к методике постановки изучения условных рефлексов на детях в лаборатории проф. Н. Красногорского. Показывается, как к естественному отверстию протока слюнной железы прикрепляют прибор для собирания слюны. На эксперименте с выделением слюны на процесс еды и на восприятие вида пищи — объясняется разница между условным и безусловным рефлексом. Фильма подчеркивает тезу о том, что условный рефлекс должен подкрепляться безусловным раздражителем. В противном случае он угашается. Различение раздражителей имеет место в коре больших полушарий, где происходит анализ.

184. Раздел пятый

УСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ И ПОВЕДЕНИЕ. В 4-х частях

185. Часть первая

186. Академик И. П. Павлов, создавший учение об условных рефлексах.
187. Деятельность коры больших полушарий изучают по методу акад. И. П. Павлова в опытах над собаками.
188. Собака с фистулой слюнной железы. (Лаборатория Инст. Мозга. Рис. 35).
189. При еде из фистулы выделяется слюна. (Рис. 36).
190. Слюноотделение при еде осуществляется низшими отделами головного мозга (безусловный рефлекс).
191. Слюна выделяется не только при еде, но и при виде ранее опробованной знакомой пищи (условный рефлекс).
192. У щенка вид незнакомой еще для него пищи не вызыват выделения слюны.
193. Условные рефлексы изучают в специально оборудованных камерах.
194. Кормушка заполняется мясным порошком.
195. Кормушка приводится в действие воздушной передачей из комнаты экспериментатора.
196. Экспериментатор ведет наблюдение над изолированным в камере животным.
197. Выделяющаяся из фистулы слюна...
198. ... при помощи воздушной передачи...
199. Регистрируется на шкале в комнате экспериментатора.
200. Условный рефлекс может быть выработан на любой раздражитель.
201. Вначале собака не реагирует пищевой реакцией на новый раздражитель — мигание лампочки.
202. Слюна не выделяется.
203. Зажигание лампочки (условный раздражитель) сопровождается подачей пищи (безусловный раздражитель).

204. При совпадении безразличного (индиферентного) раздражителя с безусловным вырабатывается условный рефлекс.
205. Дуга условного рефлекса проходит через кору больших полушарий.
206. У новорожденного условных рефлексов нет.
207. Врожденные безусловные рефлексы: сосательный. . .
208. Хватательный рефлекс.
210. Постепенно у ребенка начинают вырабатываться условные рефлексы.

211. Часть вторая

212. Схема образования условных связей в коре больших полушарий.
213. Безусловный раздражитель (пища) вызывает очаги возбуждения в слюноотделительном центре и в коре мозга. (Рис. 34).
214. Условный раздражитель (мигание лампочки) вызывает очаг возбуждения в коре.
215. При подкреплении условного раздражителя безусловным в коре больших полушарий возникают два очага возбуждения.
216. При многократном повторении опыта между двумя участками коры устанавливается связь.
217. Пути дуги условного рефлекса.
218. Условные рефлексы изучаются и на детях. (Лаборатория проф. Н. Красногорского).
219. К естественному отверстию протока слюнной железы прикрепляют прибор.
221. Слюна также выделяется и при виде пищи (условный рефлекс).
222. Выработка условного рефлекса на зажигание лампочки.
223. Движение челюстей и выделение слюны автоматически записывается в комнате экспериментатора.
224. Постепенно вырабатывается рефлекс на зажигание лампочки.
225. Условный рефлекс, не подкрепляемый безусловным раздражителем, тормозится (угашается).
226. В коре больших полушарий происходит анализ (различение раздражителей).
227. У обезьяны выработан условный рефлекс на появление серого круга.
228. При замене серого круга белым обезьяна вначале дает ту же реакцию.
229. Новый условный раздражитель (белый круг) не подкрепляется безусловным — едой
230. Повторными опытами удается выработать различие раздражителей.
231. Новый необычный раздражитель вызывает торможение условного рефлекса.
232. Возбуждение одного участка коры ведет к торможению других ее участков.
233. Возбуждение нового участка коры вызвало торможение условного рефлекса.
234. Конец второй части.

235. Раздел пятый

УСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ и ПОВЕДЕНИЕ

Часть третья

236. В процессе развития животного мира усложнилось не только строение животного, но и его поведение.
237. Одной из форм поведения животных являются инстинкты.

238. Инстинкты являются врожденными.
239. Только что вылупившиеся птенцы без всякой выучки плавают.
240. Индивидуальная выучка, основанная на выработке условных рефлексов, делает поведение животных богаче и разнообразнее.
241. Необученное животное долго не может найти выход из лабиринта.
242. После обучения животное легко находит выход из лабиринта.
243. Дрессировка основана на проработке условных рефлексов. (Зоопсихологическая лаборатория В. Л. Дурова. (Рис. 38 и 39).
244. Волевой метод дрессировки.

(Укротитель Н. Н. Гладильщиков).

245. Часть четвертая

246. Непосредственным стимулом к деятельности животных является половой, пищевой и оборонительный инстинкты.
247. Реакции, основанные на инстинкте питания.
Эти реакции проявляются различно в зависимости от типа питания.
248. Реакции, основанные на оборонительном инстинкте.
249. Реакции, основанные на инстинкте размножения.
250. Инстинкт заботы о потомстве.
251. Человек, происхождением своим связанный с животным миром, унаследовал от него те же основные инстинкты.
Но не они управляют человеческим поведением. В основе человеческого поведения лежит сознание, обусловленное той общественной обстановкой, в которой человек живет.
252 Конец.

Такова эта грандиозная фильма, охватывающая основы современного учения о высшей нервной деятельности человека и животных. Опыт ее создания выявил несомненную актуальность таких кинопособий для школьной аудитории. Знаменательно, что сектор кадров Н. К. З. признал фильму, заслуживающей быть демонстрируемой в высшей медицинской школе.

Из других фильмов, представляющих интерес с точки зрения возможности их использования для задач патопсихокинографического преподавания, мы можем отметить следующие:

Опыты на изолированном сердце (2 ч.—600 м.).

Опыты производились в Физиологическом институте им. Сеченова в Москве. Руководитель проф. В. Н. Лебедев. Оператор И. Долин. Опыты поставлены доц. Башмаковым и ассистентом Зубковым. Эксперименты демонстрируют нервный аппарат сердца и работу последнего.

Опыты по физиологии спинного мозга (3 ч.—900 м.).

Фильму снимал тот же коллектив. Она демонстрирует различные опыты с образованием рефлексов и показывает причины исчезновения последних: выключение кожи, перерезку корешков, удаление полушарий головного мозга, разрушение спинного мозга.

Культура тканей (6 част.—1 800 м). Микросъемка, проф. В. Лебедев и И. Долин. Консультанты—проф. Б. И. Лавреньтьев и Зорин. Опыты поставлены в Институте Морфологии.

В аспекте нашей тематики, интерес. представляет 5-ая часть фильмы, причем в той ее части, которая посвящена росту нервной ткани и демонстрирует кусочек головного мозга в культуре.

О кардио-кардинальных рефлексах (1 ч.—222 м.) Режис. Степанов. Инервационный сердечно-сосудистый аппарат по методу проф. Л. А. Корейши.

Учебные фильмы по невропатологии

По невропатологии мы имеем две фильмы. Одна сделана в Ленинграде, другая в Москве. Эти фильмы — первый опыт. Процесс их создания показал, что мы умеем делать невропатологические фильмы. Очевидно, что работа в этом направлении должна быть продолжена, расширена и углублена.

Невропатологические симптомы и синдромы

Кинопособие в 2-х частях для студентов медицинских институтов [1]

Идея создания это—фильмы, принадлежащая А. В. Герверу заслуживает всяческого внимания. Фильма имеет двоякое задание: с одной стороны она является документационной фильмой, зафиксировавшей ряд редких случаев (раритетов), с другой стороны она выполняет функцию педагогического пособия для студенческой аудитории, позволяющего глубже изучить все разнообразие невропатологических симптомов и синдромов. Смотрится фильма легко и с значительным интересом.

1. Паралич лучевого нерва.
2. Виды патологической походки.
3. Гемиплегическая походка.
4. Гемиплегическая походка (другой случай).
5. Гемиплегический парез.
6. Спастико-паретическяя походка при рассеянном склерозе (paraplegia)
7. Спастико-паретическая походка при рассеянном склерозе (др. случ.).
8. Табетическая походка (tabes dorsalis).
9. Атактическая походка при поражении мозжечка.
10 Атактическая походка при поражении мозжечка (др. случай).
11 Симптом Ромберга у больного с поражением мозжечка.
12. Симптом Ромберга у больного с поражением мозжечка (др. случай).
13. Левосторонний гемипарез.
14. Гемиплегия.

---

[1] Фильма „Невропатологические симптомы и синдромы".
Руководитель съемок д-р Н. Галкин. Научная консультация: заслуж. деятель науки проф. А. В. Гервер и доцент А. С. Южелевский. Производство Ленинградской Студии Союзтехфильма № 1.

15. Контрактура „Wernicke — Mann“.
„Paraplegia spastica“. Спастический паралич нижних конечностей.
16. У больного рефлексы повышены. Клонус обоих стоп.
17. Атаксия правой верхней конечности при пальце-носовой пробе (поражение мозжечка).
18. Дизметрия.
19. Адиадохокинез.
20. Интенционный тремо.
21. Дистония.
22. Хорея (Пляска св. Витта).
23. Непроизвольные резкие движения мышц шеи, языка и конечностей.
24. Полиморфный гиперкинез (баллизм, хорея, миоклония).
25. Прогрессивно-мышечная атрофия — миопатия (2 раза).
26. „Лестничное“ вставание.
27. „Утиная“ походка.
28. Лицо у миопата (Facies myopathica).
29. Больной не может надуть щек.
30. Невральная мышечная атрофия Chatcot — Marie.
31. „Петушиная походка“ (Steppage).
32. Вторичные изменения в стопе („Конская стопа“).
33. Паралич правого отводящего нерва (paralysis n. abducentis).
34. Горизонтальный нистагм в обе стороны у больного с рассеянным склерозом.
35. Базедова болезнь. Пучеглазие и симптом Грефе.
36. При фиксации взгляда влево — неограниченное движение глаз.
37. При фиксации взгляда вправо — правый глаз не отводится.
38. Симптом верхних век Гервера у невротика.
— „Закройте глаза!“
39. — „Откройте глаза!“.
40. Попытка открыть глаза удается лишь при мобилизации лобных мышц.
41. Такой же симптом верхних век Гервера встречается при пробуждении после гипнотического состояния.
42. Больная сомнамбула.
43. — „Спите!“.
44. Каталепсия.
45. — „Проснитесь“.
46. Попытка открыть глаза удается лишь при помощи лобных мышц.
47. Гиперрефлексия и арефлексия.

Патология ходьбы [1]

Эта фильма отличается от предыдущей большей суженностью и углубленностью снимаемого материала. В то время как в предыдущей фильме материал изучался и документировался вширь, здесь документация идет вглубь. Фильма

[1] „Патология ходьбы“. Заказ Наркомздрава РСФСР. Производство Московской Студии Союзтехфильм № 2. Консультанты: проф. Н. А. Бернштейн и прив.-доц. Р. А. Ткачев. Сценарий и постановка Л. М. Сухаребского. Оператор В. И. Лаврентьев.

подробно снимает различные проявления расстройства одного типа походки. В фильме использован опыт рапидной съемки, что позволяет показывать замедленно патологические расстройства движений. Это в свою очередь обусловливает углубленное познание материала и лучшее осмышление происходящих расстройств.

Раздел первый

1. Табетическая походка.
2. Походка человека—есть результат сложной синергетической деятельности всей мускулатуры тела. Нормальная походка обусловливается правильной деятельностью нервных механизмов и мышечного аппарата.
3. Нормальная походка.
4. Различные нарушения деятельности соответствующих нервных механизмов и различные поражения мышечного аппарата вызывают разнообразные расстройства ходьбы.
5. Один из видов патологической ходьбы.
   Табетическая походка.
   (При сухотке спинного мозга).
6. Нарушение проприоцептивной чувствительности при сухотке спинного мозга вызывает характерные изменения походки.
7. С закрытыми глазами больной ходить не может — падает.
8. Без палки больной ходить не может — падает.
9. Если больной не смотрит на ноги, то не может ходить.
10. Мышечная сила конечностей больного не нарушена.

Учебная фильма по нейрохирургии

(Операции на головном мозгу)

Из области терапии заболеваний нервной системы, мы располагаем одной картиной, в которой имеется несколько соответствующих эпизодов. Это — фильма „Этапы организации хирургической помощи". (Из цикла военно-полевой хирургии).[1]

Фильма в основном не посвящена терапии заболеваний нервной системы, но в IV части картины и VI — имеются мозговые операции, представляющие интерес с точки зрения изучаемого нами вопроса.

---

[1] „Этапы организации хирургической помощи" из цикла Военно-полевой хирургии. Фильма в 6-ти частях. Производства Московской кинофабрики оборонных и гражданских научно-учебных фильм по заказу НКЗ РСФСР, 1934 г. Научный руководитель — заслуженный деятель науки проф. Н. Н. Бурденко. Автор-режиссер Вл. Карин. Соавтор-консультант по хирургии проф. Л. А. Корейша. Оператор В. И. Лаврентьев.

Приводим описание этих операций по монтажному листу:

Часть IV

1. Частичным осложнением при ранении черепа является кровотечение из артерии, местоположение которой определяется схемой Кронлейна.
2. Месторасположение гематом при повреждении отдельных ветвей.
3. Операция трепанации черепа производится ручным трепаном и дальгреном.
4. Трепан.
5. Дальгрен.

Из VI части

1. Слепые ранения черепа оперируются чаще всего, спустя значительный срок после ранения.
2. Удаление винта из полости черепа (через 3 месяца).
3. При травматическом повреждении позвоночника с компрессией спинного мозга, операция производится, независимо от срока повреждения.
4. Удаление пули из нижнего отдела сильвиевой борозды (входное отверстие на лбу слева тотчас выше надбровной дуги).
5. Электрический трепан Де-Мартеля.
6. Электрический дальгрен Де-Мартеля.
7. Удаление пули из глубины (месторасположение оптического центра речи).

Эта фильма — первый опыт. Результаты его следует признать положительными. На терапию нервных и психических заболеваний, в смысле их экранизации следует обратить активное внимание. В основном это должны быть фильмы инструктивного характера, обучающие аудиторию конкретным процессам лечебных мероприятий и высококачественному уходу за больными.

Делать эти фильмы целесообразнее всего по типу фрагментарных короткометражек. Подробнее смотрите 7-ю главу нашей работы.

Учебные фильмы по психиатрии

Этот раздел самый бедный. В нем мы имеем всего две краткометражки, сделанных случайно, спешно и то в порядке кинофиксации редких случаев. Первая фильма поставлена в Психиатрической клинике 1-го М.М.И. (Директор—проф. В. А. Внуков). Посвящена она случаю микроцефалии; фильма также интересна и тем, что ею закладывается основа киноархива клиники.[1]

[1] Случай микроцефалии. Сценарий и постановка Л. М. Сухаребского. Производство студии „Союзтехфильма" № 2. Оператор В. И. Лаврентьев.

В фильме показаны:

1. Внешний вид головы микроцефала.
2. Его походка.
3. Умывание.
4. Одевание.
5. Процесс приема пищи.
6. Игра в мяч.
7. Игра на рояли.
8. Пение.
9. Подражание оратору (делает доклад).
10. Подражание оператору (вертит ручку киноаппарата).
11. Куренис.

Этот материал носит, как исследовательский характер, так и учебный: с исследовательской точки зрения фильма дает ряд моментов для изучения своеобразия случая. С педагогической точки зрения она является учебным пособием, демонстрирующим редкий случай.

Примерно, в таком же плане построена фильма, выпущенная из Ленинградского Медицинского Института (директор Психиатрической клиники проф. Р. Я. Голант). Это тоже фиксация редкого случая шизофрении, имеющего как научно-исследовательское значение, так и учебное. Остается пожалеть, что режиссер не расширил границы своей работы и не поставил с больной более углубленный ряд экспериментов в исследовательском плане.

1. *СЛУЧАЙ ШИЗОФРЕНИИ*
   Кинопособие для студентов медицинских институтов.
2. Руководитель съемок д-р Н. И. Галкин.
   Научная консультация доцента С. И. Генделевича.
3. Производство Ленингр. студии научных и учебных фильм 1935 г.
4. Больная Ф., 24-лет. Шизофрения. Заболевание выражается в ряде стереотипных действий, носящих характер ритуала.
5. Ритуал вставания. Больная в постели совершает ряд однообразных движений, кратные двум.
6. Ритуал одевания.
7. Если притронуться к одежде больной, ритуал вновь возобновляется.
8. Ритуал еды.
9. В связи с данным заболеванием (шизофрения) весь день больной поглощен туалетом, приемом пищи и другими действиями, носящими характер ритуала

Исследовательская и педагогическая патопсихокинография в СССР на новом этапе

Суммируя в заключительном разделе нашей работы все вышесказанное, мы приходим к выводу, что и у нас в СССР

патопсихокинография имела место, как в ряде случаев, относящихся к психиатрической клинике непосредственно, так и в ряде случаев постановки физиологических проблем и нервно-профилактических вопросов, имеющих самое тесное отношение к клинике нервных и душевных заболеваний.

Но в общем объеме патопсихокинографической работы в психиатрической клинике у нас имеется несомненное отставание на ведущем участке органического включения патопсихокинографического метода в повседневную деятельность научно-лечебных учреждений.

В этом плане сравнивая положение с Франкфуртской психиатрической клиникой, мы должны констатировать, что у нас нет ни одного психиатрического учреждения (даже в Москве и в Ленинграде), которые бы в с своих стенах имели бы, в своем собственном распоряжении, как у Клейста, организованное киноотделение, съемочную аппаратуру и могли бы вести постоянную патопсихокинографическую работу.

Этот крупный недостаток необходимо преодолеть.

Опыт создания ленинградскими и московскими клиниками патопсихокинографических фильм говорит за то, что советская психиатрия начинает овладевать методом патопсихокинографической работы.

Вслед за этими клиниками начинают внедрять методику патопсихокинографии в свою деятельность и другие исследовательские учреждения.

Научный институт психоневрологии и психогигиены Мособлздрава включил в свой научно-производственный план на 1936 г. разработку исследовательской темы по патопсихокинографии и конкретное проведение патопсихокинографических записей случаев, представляющих научный интерес.[1]

Клиническая база Института в больнице им. Яковенко организует киносектор для исследовательских работ больницы.

Московская лечебница для алкоголиков наметила специальные патопсихокинографические работы по клинике алкоголизма.

Активную работу в области патопсихокинографии развертывает Институт Мозга при ЦИК СССР.

Клиника Нервных болезней 2-й М.М.И., имеющая опыт патокинографии в невропатологии, уделяет специальное вни-

---

[1] По заданию Института была поставлена фильма „Эпилепсия", приуроченная к научной конференции (областной) по эпилепсии. Сценарий и постановка Л. М. Сухаребского, оператор Ф. М. Мульвидсон.

мание расширению метода киносъемок в системе своей исследовательской и педагогической работы.

Кафедра Психиатрии центрального института усовершенствования врачей поставила в порядок дня организацию на базе своего клинического отделении патопсихокинографической экспериментальной лаборатории.

Преподавание патопсихокинографии

В частности ЦИУ проделал интересный опыт по линии включения патопсихокинографических основ в систему преподавания.

Руководитель кафедры Психиатрии этого института — проф. М. Я. Серейский организовал весною 1935 года для психиатров-курсантов ЦИУ специальную лекцию на тему „Научная кинематография в психиатрии“.

Впервые в истории советской психиатрии по почину кафедры психиатрии ЦИУ состоялась встреча советских психиатров с киноработниками научной кинематографии.

Врачи-психиатры, съехавшиеся со всех концов Союза пришли в Высший Институт Кинематографии ознакомиться с теми возможностями и перспективами, которые открывает научная кинематография в системе психоневрологических наук.

Курсантам были показаны две фильмы:

1. Невропатологические синдромы.
2. Случай шизофрении.

После просмотра состоялась наша лекция.

На целом ряде конкретных примеров из опыта заграничной и советской психиатрической кинопрактики была обрисована методика киноработы в психоневрологических дисциплинах.

В заключительной части лекции были намечены ближайшие задачи советских невропсихиатрических учреждений по линии кинофикации и набросан конкретный план постановки этого дела.

Особенный интерес у аудитории вызвала проблема кинотерапии, которая предполагает использование специально создаваемых художественных фильм в качестве лечебного фактора нервных и душевных заболеваний.

Иллюстративно была приведена примером фильма режиссера Ю. Геника „Раз и навсегда“, которая представляет

из себя звуковую фильму на тему лечение гипнозом алкоголиков.

В лекции было подчеркнуто, что такие фильмы, создаваемые по определенному плану являются значительным терапевтическим оружием в руках врача-невропатолога и психиатра. После лекции в ряде вопросов были глубже освещены основные проблемы патопсихокинографии.

Инициатива совместной встречи двух научно-педагогических учреждений получила положительную оценку и было выражено пожелание, чтобы в будущем эта работа была продолжена и углублена.[1]

Все это говорит за то, что исследовательская и педагогическая патопсихокинография в СССР вступила в новую, более богатую и плодотворную фазу своего развития.

□

---

[1] Весною 1936 г. (март—апрель) по инициативе руководителя психиатрической клиники ЦИУ проф. М. Я. Серейского, вторично был повторен опыт преподавания патопсихокинографии.

Здесь нами был прочитан курс патопсихокинографии, состоявший из пяти следующих лекций.

Первая лекция — Введение в патопсихокинографию.
Вторая „ — Исторические этапы развития патопсихокинографии (с демонстрацией фильмы).
Третья „ — Проблема кинотерапии.
Четвертая „ — Кино-технические основы патопсихокинографии (с демонстрацией фильмы).
Пятая „ — Специальные способы киносъемки в патопсихокинографии (с демонстрацией фильмы).

Как показал опыт, курс патопсихокинографии вызвал значительный интерес со стороны курсантов.

ПАТОПСИХОКИНОГРАФИЯ В СССР

(научно-популярная, научно-художественная и художественная кинематография).

Дореволюционный опыт

Опыт патопсихокинографической работы в нашей стране восходит к дореволюционному времени.

Еще до войны частной кинематографической фирмой „Ханжонков и К-о" в Москве, была выпущена научно-популярная фильма для широкой аудитории: „Пьянство и его последствия". В 4 частях — 850 метров.

Фильма была поставлена при консультации д-ров медицины: Ф. А. Андреева, А. М. Коровина, М. Н. Шатерникова, Г. Н. Вяземского и прив.-доц. А. Н. Бернштейна.

Начинается фильма объяснением сущности спиртных напитков и их патофизиологического влияния на организм.

Фильма показывает, что наибольшую чувствительность к алкоголю, в смысле отравления им, обнаруживает нервная система, и в особенности головной мозг; она разворачивает бытовые картины из жизни алкоголиков, красочно подает моменты — драки и убийства на этой почве. Она затрагивает также вопрос о влиянии алкоголя на потомство и демонстрирует вереницу детей-дегенератов, сопровождая этот показ специальной диаграммой, в которой приводится статистика идиотов, эпилептиков и т. д, — выявляя проблему влияния алкоголя на наследственность.

Интереснейшей психопатологической картиной, обрисованной в данной фильме, является инсценировка белой горячки. Тип алкоголика дает, повидимому, крупный артист. Пользуясь помощью кинематографических трюков, постановщик в яркой форме дал галлюцинаторные переживания больного. В страхе больной забился в угол. Он видит, как огромная змея поднимается с пола, выростает до стола и раскачивая свою уродливою голову, угрожает больному.

Больному страшно, на его лице ужас... Но вдруг картина меняется, змея пропадает. Вместо нее откуда-то на столе появляется целая батарея рюмок. Какая-то невидимая рука наполняет их водкой.

Это успокаивает больного. Ему становится весело. Довольная улыбка засияла на его до того перепуганном лице.

Но проклятие. Откуда-то выскочил маленький чортик, величиной с рюмку, весь покрытый шерстью, черный, с рожками и хвостиком — чортик опережает больного. Только больной хочет взять рюмку, как чортик вскакивает в нее и выпивает ее до дна. Это смешит больного, затем сердит.

Вдруг опять появляются чудовища — они „невозможно“ страшны, больной их боится, он перепуган до смерти. В диком ужасе спасаясь от чудовищ, он подскакивает к окну, распахивает его и выбрасывается через окно на улицу.

Эта фильма была выпущена под давлением передовой части ученых. Опыты и съемка экспериментов были поставлены в физиологической лаборатории и в институте общей патологии высших женских курсов.

Клиническая часть картины была до того (довоенного времени) выявлена недурно. Гораздо хуже была вскрыта социальная часть проблемы.

Вернее сказать, она даже не была поставлена. Тщетно зритель будет искать в этой картине связи между алкоголизмом и язвами капиталистического общества. Этого он не найдет. Картина оперирует по преимуществу с обитателями старой „Хитровки“, с люмпен-пролетариатом старого времени. А между тем, вопрос стоял глубже. Задача фильмы была вскрыть социальную подоплеку алкоголизма. Это не было сделано. „П ь я н с т в о и е г о п о с л е д с т в и я“ была единственная патопсихокинографическая фильма дореволюционной России. Больше аналогичных картин не ставилось. Опыт показал, что все попытки насаждения в старой России научной и популярной фильмы вообще и патопсихокинографической в частности, кончались крахом. Причина этого: новизна дела, отсутствие опыта, недостаток необходимых оборотных средств, коммерческая невыгодность научной педагогической кинематографии, отталкивавшая частный капитал, отсутствие централизации и общего объединения во всех этих разрозненных попытках, и, наконец, обязательный страх полицейского режима к внедрению научно-педагогической кинематографии в жизнь. И если отдельные работники уделяли много внимания рождающейся научно-педагогической кинематографии

то государство в лице министерства просвещения не уделяло этому делу ни средств, ни забот.

В связи с такой ситуацией дореволюционная научно-педагогическая кинематография хирела и не развивалась; очевидно, что по тем же причинам хирела и не развивалась ее патопсихокинографическая ветвь.

Научно-популярная патопсихокинография в СССР

С организацией в РСФСР центрального руководящего органа кинематографии в лице учреждения „Госкино“ — были заложены основы к созданию советской научно-педагогической кинематографии. „Госкино“ выделило из своей среды специальный орган „Культобъединение“, одной из главнейших задач которого являлась работа по созданию научно-популярных фильм. „Культобъединение“ с первых же шагов своей работы приступило к изучению дореволюционной научной фильмы („Наследство“); оно систематизировало имевшийся кинонаучный материал, подвергло его переработке и связалось с клубами на предмет проката. В частности, по клубной сети в качестве первой научно-популярной патопсихокинографической фильмы демонстрировалась дореволюционная картина „Пьянство и его последствия“. Надо отметить, что она была переработана для этих целей. Ряд фильм были привезены из-за границы („Гипноз и внушение“ и др.).

Следующий этап—от проката старых картин переход к созданию новых патопсихокинографических фильм. Стало, понятно, что на базе дореволюционной научно-педагогической кинематографии, равно как и импортной—иностранной, с чуждой нам идеологией, невозможно строить и развивать эту важнейшую область культурно-просветительной работы. Всем ходом вещей „Культобъединение“, и затем последующая организация аналогичного типа „Культкино“, пришли к выводу о необходимости организовать самостоятельное производство научно-популярной кинематографии.

Новые фильмы по линии патопсихокинографии были полны недостатков. Не был найден стиль работы. Неясно было направление и методика. Хронологически, во времени, первый была поставлена патопсихокинографическая фильма по борьбе с самогоном в деревне. Называлась она „Пауки и мухи“. Сценарий был написан в 1923 г. (авторы Н. И. Галкин и Л. М. Сухаребский). Выпущена была фильма в 1924 г.

Режиссер А. И. Иванов-Гай. Частей в ней было 5, при общем метраже — 1500 м. Она была художественной картиной, в которой прямого санпросветительного материала не было. Основной ее задачей являлось осветить социальное зло самогона в деревне и указать конкретные пути борьбы с ним. Этого фильма достигла.

Научно-популярная фильма

(по типу лекции)

Постепенный рост производства создал тенденции к диференциации отдельных разделов патопсихокинографической кинематографии. Отшнуровалась научно-исследовательская ветвь. Наметились несколько вариаций патопсихокинографии, а именно:

А. Научно-популярная фильма, создаваемая по типу массовой лекции санитарно-просветительного характера.

Б. Научно-художественная фильма, построенная на принципе сочетания научного материала с художественным сюжетным обрамлением.

В. Художественная фильма, касающаяся в той или другой степени вопросов психопатологии.

Путь создания этих трех типов был нелегок. Опыта не было. Работа на первом этапе велась в состоянии эксперимента. Прощупывались новые методические формы. Особенное внимание уделялось проблеме эффективности восприятия.

„Механика головного мозга“ [1]

Первой крупной работой в данном направлении явилась научно-популярная фильма „Механика головного мозга“, или как ее еще иначе называли „Поведение человека“. За эту тему наша научно-педагогическая кинематография взялась не имея за плечами аналогичного опыта работы и необходимого технического оснащения. Это был порыв энтузиазма, навеянный мировыми работами Ленинградской физиологической школы И. П. Павлова. Успех картины обусловило тесное сочетание людей энтузиастов: научных работников и киноспециалистов. Последние, для постановки этой

---

[1] Производство „Межрабпом-Русь. Метр.—1855 м., 6 частей. Москва—1926 г. Режиссер В. Пудовкин. Научное руководство: проф. Л. Н. Воскресенский и Д. С. Фурсиков.

картины наметили, тогда еще молодого, мало известного В. Пудовкина, который своими дальнейшими работами („Мать", „Конец Санкт-Петербурга", „Потомок Чингис-Хана") выдвинулся в ряды первоклассных мастеров мировой кинематографии.

Фильма „Механика головного мозга", посвящена учению академика Павлова об условных и безусловных рефлексах. В наглядной форме она пытается раскрыть механизм самых разнообразных поступков и актов поведения животных и человека. Первая часть, демонстрируя поведение ряда животных, показывает, что усложнение поведения зависит от развития нервной системы, и главным образом, головного мозга. Параллельно дается ряд схем головного мозга у рыб, животных и, наконец, человека.

Вторая часть переходит к определению и трактовке понятия рефлекса, причем она определяет рефлекс, как „ответ животного на всякое раздражение из внешней среды, осуществляемый при помощи нервной системы". Последующие разделы фильмы посвящены выяснению сущности условных и безусловных рефлексов, и их сравнительной характеристике. Фильма на ряде опытов с собаками показывает процесс выработки условных рефлексов. Для широкой аудитории интересны опыты удаления отдельных частей мозга у собак и обезьян на предмет установления расположения центров и связи их между собой (например, потеря зрения на почве удаления зрительного центра и т. д). На основе сравнительного поведения ребенка, идиота, прогрессивного паралитика и нормального человека, фильма выявляет процесс выработки условных рефлексов человека, начиная с младенческого периода и кончая зрелым возрастом. Этот процесс подается картиной в виде постепенного усложнения поведения ребенка путем образования новых условных рефлексов. Соответствующие разделы фильмы касаются также вкратце понятия „торможения" и „диференцировки". Заключительная шестая часть трактует „рефлекс цели".

Все части картины объединены центральной идеей в единое органическое целое. Надписи короткие, нуждающиеся в детальном объяснении.

Не вдаваясь в критическую оценку некоторых механистических установок фильмы, о которых достаточно писалось в свое время, следует отметить, что патокинографический материал, заключающийся в картине, являлся серьезной

попыткой к научному раскрытию основных механизмов поведения животных и уяснению некоторых вопросов психики человека.

Обезьяна и человек

Тематически эта фильма является, как бы продолжением предыдущей „Механики головного мозга“. Она демонстрирует сухумский питомник, в котором изучается поведение обезьян. Параллельно даются анатомо-физиологические данные, роднящие человека и обезьяну. Постановка режиссера Винницкого.

Совершенно в другом плане построена научно-популярная фильма „Развитие интеллекта ребенка“, реж. Трофимов. Научная консультация — кафедры психологии Академии комм. воспит. им. Н. Крупской. Здесь в наглядных четких образах, на убедительных экспериментальных примерах, показываются постепенные этапы развития интеллекта ребенка.

Утомление и борьба с ним [1]

Следующей научно-популярной фильмой изучаемого нами цикла, следует признать картину „Утомление и борьба с ним“.

Начинается фильма показом процесса утомления на производстве. Отдельные кадры иллюстрируют, как тяжелая работа приводит к резкому утомлению, вызывая одышку и сильное сердцебиение. Ослабляя внимание, утомление способствует увеличению количества несчастных случаев на производстве. Вторая часть посвящена проблеме усталости и производительности труда. В специальной лаборатории института техники управления поставлен ряд интересных опытов над машинисткой по изучению понижения производительности труда в связи с утомлением. При помощи проводов машинистка соединена со сложными приборами, находящимися в соседней комнате. После целого ряда проверочных испытаний прибор показывает, что к концу рабочего дня, по мере нарастания усталости, замедляются психические процессы у машинистки: 1) утомление вызывает в работе простои,

---

[1] Производство „Совкино“. Сценарий и постановка Ю. Е. Геника. Оператор — В. Л. Степанов. Научные консультанты: проф. С. И. Каплун, прив-доц. К. Х. Кекчеев, эксперт д-р П. К. Верещагин.

и 2) к концу рабочего дня у машинистки больше ошибок в работе. Часть третья уделяется лабораторному изучению утомления. Опыты поставлены в Государственном институте охраны труда. Испытуемый исследуется перед опытом, затем садится на велосипед для изучения работы; на него надевают прибор для записи дыхания; одновременно специальным прибором измеряется кровяное давление. По мере того, как человек работает, запись фиксирует усиление и учащение дыхания. Газовый счетчик отмечает объем прошедшего через легкие воздуха. После работы кровяное давление измеряется снова — видна определенная разница. Далее берется проба выдохнутого воздуха для исследования. Весь опыт в целом показывает аудитории, что утомление расстраивает в организме основные жизненные процессы и тем самым способствует повышенной заболеваемости. Четвертая часть разбирает сущность утомления. На опыте с лягушкой, путем раздражения мышц электричеством, изучаются процессы накопления усталости. При помощи промывания уставшей мышцы раствором Рингера устанавливается, что в крови усталой мышцы содержатся вещества (яды), вызывающие утомление. — Пятая часть изучает возможности рационализации труда и производства в борьбе с утомлением. Фильма демонстрирует работу швеи — опытной и неопытной. В особой лаборатории по исследованию движений последние разлагаются на простые линии, доступные дальнейшему анализу. Экран четко обнаруживает различие линий движения опытной и неопытной швеи. Так при помощи углубленного исследования движений рационализируется труд.

Шестая — заключительная часть — ставит вопросы профилактики утомления, его предупреждения. После работы — пропагандирует фильма — необходим правильный отдых; общественное питание устраняет моменты неправильного питания; хороший сон удаляет полностью вещества утомления; перед уходом на работу рекомендуется производить зарядовую гимнастику. Для совершенного устранения утомления нужен более длительный отдых — выходные дни, отпуска.

Поставлена фильма умело и тщательно. Смотрится с интересом. Но в целом она мало популярна. Неподготовленная средняя рабочая аудитория многое воспринимает с трудом, а иногда и просто не понимает. Фильма нуждается в сопроводительных пояснениях хорошо подготовленного, владеющего предметом лектора.

Научный выбор профессии (психотехника) [1]

Научные съемки этой фильмы производились в технических лабораториях: 1) Института охраны труда, 2) О. П. С.-Н. К. З. (железнодорожной) и 3) трамвайной. Частей—3. Метраж—600.

Содержание. В социалистическом государстве, где хозяйство ведется на плановых началах, проблема целесообразного и научно-обоснованного распределения рабочей силы как физической, так и умственной, имеет научно-практическую ценность. Первая часть картины посвящена человеку, который находится не на своем месте. Здесь дан вожатый, который своей работы не любит, мало ею интересуется, его внимание легко отвлекается — в итоге несчастный случай: сшиблен и чуть не задавлен ребенок. В этой части лента подчеркивает, что непригодность к профессии вызывает, кроме возможных несчастных случаев, низкую производительность труда и порчу материалов. — Вторая часть картины заостряет свое внимание на методике определения пригодности человека к той или другой профессии: берется паровозный машинист — у него изучается дыхание и кровообращение, как в состоянии покоя, так и работы и испытывается физическая выносливость организма. Психотехнические испытания проводятся в опытной паровозной будке. Во время „пробной езды" испытуемому машинисту дается ряд сигналов, например: недостача воды, встречный поезд, остановка во времени и изучается, как быстро реагирует на эти сигналы испытуемый. По этим исследованиям, а также и другим устанавливается пригодность его к профессии. Последняя — третья часть развертывает пути практического применения психотехники. Демонстрируется работа Бюро Общества Профконсультаций и психотехнические испытания отдельных профессий. Смотрится фильма легко и с интересом. Надписи понятные, легко воспринимаются.

Противоалкогольные научно-популярные фильмы

Это была целая группа патопсихокинографических фильм разной научно-популярной значимости. Их преобладание над остальной тематикой санитарно-просветительной патокинogра-

---

[1] Производство „Межрабпом-Русь". Режиссер — А. Дубровский. Научное руководство—проф. И. Н. Шпильрейн, при участии С. Г. Геллерштейна и А. Р. Лурия.

фии, объясняется актуальностью противоалкогольной проблемы. Это был период первого десятилетия победы революции, когда старые пороки и пережитки еще имели корни в широкой массе, и когда алкоголизм является проблемой значительной социальной значимости, и необходимостью усиленной борьбы с ними обусловливается появление этих фильм.

Алкоголь, труд и здоровье [1]

Строилась эта фильма на клиническом и патологоанатомическом материале; связана она по линии содержания с производством и бытом. В ней дан правильный социальный разрез, соответствовавший современности. В основу фильмы были положены опыты по влиянию алкоголя на организм. Особенно интересно поставлены эксперименты с действием алкоголя на изолированное человеческое сердце. Ряд любопытных примеров выявляет связь между употреблением спирта и производительностью труда. Показано влияние алкоголя на работоспособность человека, на появление преждевременной усталости и понижение производительности труда. Выявляется влияние алкоголя на учащение числа несчастных случаев. Судебно-медицинское вскрытие трупа алкоголика. Действие спирта на нервную систему. Тяжелая форма душевного заболевания на почве алкоголизма. Алкоголизм и наследственность. Алкоголизм и смертность. Фильма добросовестна в научном разрезе, но малопопулярна, нуждается в лекторе.

„За ваше здоровье“ [2]

В аналогичном плане поставлена фильма „За ваше здоровье“ — только сделана она более живо и занимательно. Начинается фильма показам того, как маленькая рюмочка водки, поднимаемая за здоровье человека, приносит ему неисчислимый вред. В фильме широко подан патопсихокинографический материал. Последовательно освещаются следующие актуальные вопросы: влияние алкоголя на здоровье,

---

[1] Производство „Межрабпом-Русь“. Сценарий д-ра А. Берлянда и д-ра Соловьева. Научное руководство А. Н. Тягай. Частей — 2. Метраж — 581.

[2] Производство „Межрабпом-Русь“. — Пять частей. Режиссер Дубровский. Врач-гипнолог Я. Г. Лившиц.

наследственность, производительность труда. Четко выявлена клиническая картина алкоголизма. Интересно инсценирован приступ белой горячки. Особенное внимание привлекают к себе заключительные части картины, в которых нашла свое отображение жизнь психиатрической б-цы имени Кащенко Здесь показана целая серия больных. Эти кадры оставляют неизгладимое впечатление на аудиторию.

Демонстрируя влияние алкоголя на нервную систему человека, фильма широко развертывает клинику алкогольной интоксикации нервной системы и деградации больных; режиссер в поисках экзотических кадров, снял и других душевных больных в этиологии заболевания которых алкоголь никакой роли не играл.

Эти больные были показаны так, между прочим, но режиссер снял их так выпукло и с такой четкостью, что они приковывают к себе внимание зрителя и мешают ему смотреть основной материал.

Алкоголь

Но по настоящему сериозная работа в этом направлении была проделана лишь год спустя, когда под редакцией Н. А. Семашко и Д. С. Фурсикова киноорганизацией „Совкино" была поставлена ф-ма „Алкоголь". Научное руководство осуществлял С. И. Чечулин, научная консультация: А. А. Кулябко, Г. П. Сахаров, М. И. Шатерников. Режиссер Ю. Е. Геника.

Научные опыты были разработаны и засняты в Институте патологической физиологии 1 МГУ и Институте по изучению высшей нервной деятельности при Комакадемии. Эта фильма была построена, по преимуществу, на физиологическом и патологоанатомическом материале.

Начинается она с указания на то, что алкоголизм есть болезнь и алкоголики, как и всякие другие больные, подвергаются лечению. Демонстируются терапевтические мероприятия: стрихнин, кислород, физиотерапия и т. д.

Последние три части выявляют влияние алкоголя на нервную систему. Ряд экспериментов с животными (голуби и обезьяны) наглядно показывают, что алкоголь отравляет головной мозг и ведет к разрушению нервной системы; соответствующие фрагменты картины показывают, как алко-

голь расстраивает точность движений, уменьшает мышечную силу, нарушает деятельность органа равновесия (мозжечек), вызывает различные нервные заболевания, поражает потомство и ведет к вырождению.

„Раз и навсегда“

Интересным разделом в этой серии алкогольных фильм, явилась первая звуковая картина на алкогольном материале, под названием „Раз и навсегда“. Постановка „Союзкино“. Научные руководители: Ю. В. Каннабих и А. М. Рапопорт, при частичном участии А. О. Эдельштейна.

Основные установки фильмы: социальное зло алкоголизма, необходимость борьбы с ним. В этой борьбе много внимания уделяется терапии, и в особенности суггестивной.

В фильме впервые было применено, наряду со зрительным материалом, слуховое воздействие — слово, как психотерапевтический фактор.

Весь сеанс психотерапии разделен на две части: в первой части гипнолог произносит небольшое вступительное слово перед больными алкоголиками и затем производит суггестию. Во второй части гипнолог обращает свое суггестивное воздействие непосредственно на зрительный зал, который он предупреждает от употребления спиртных напитков и внушает воздержание от последних.

И поскольку, фильма построена в некотором эмоциональном плане, она волнует зрителя и убеждает его. Картина алкогольного опьянения дана достаточно четко.

Последней фильмой противоалкогольной тематики, вышедшей за прошедший отрезок времени, явилась картина „Враг“ (алкоголь) — режиссер Я. П. Буринский.

Интересно подобранный клинический и бытовой материал, умелая режиссерская работа, высококачественная научная консультация, обеспечили картине как правильную постановку противоалкогольной проблемы по существу, так и занимательное ее оформление в киноаспекте.

Такой авторитетный ученый в области психогигиены, как Л. М. Розенштейн, в официальном отзыве Государственного научного института невро-психиатрической профилактики писал:

„При небольшом количестве кинокартин по вопросам борьбы с алкоголизмом, по актуальности темы, при правильной подаче материала—настоящий фильм „Враг“ является фильмом, выполняющим свое культурно-политическое назначение.

Сделано просто и убедительно. Смотрится с интересом и легко. Некоторые моменты, а особенно, конец картины эмоционально заряжает зрителя на активную профилактическую борьбу с алкоголизмом".

Художественные фильмы

Проблема высококачественной научной пропаганды упирается в нахождении интересной и занимательной формы изложения материала. Об этом говорит А. Н. Тягай в своей работе „Методика построения научно-популярной фильмы".

Он пишет:

„Цель популяризации научных знаний в кино, так же как и в научной литературе, заключается в передаче этих знаний широким массам. Достигается эта цель, главным образом, формой изложения. Искусство популяризации — это искусство нахождения удачной формы. Восприятие научного материала зрителем или читателем зависит всецело от проявляемого им интереса. Интерес повышает его внимание и способствует усвоению знаний. Без интереса нет усвоения, — таков физиологический закон восприятия у человека".

Это правильно, и это обусловило зарождение и развитие научно-художественной и чисто-художественной форм кинематографического изложении материала в научно-популярных фильмах.

Одновременно с выпуском научно-популярных картин, посвященных алкоголизму, наше кинопроизводство выпустило ряд фильм, которые в художественной форме привлекают внимание зрителя к этим вопросам. В большинстве случаев эти фильмы построены на бытовом материале, жизнь в них подана так, как она есть и на ряде житейских фактов наглядно выявляется, каким злом является алкоголизм, и какой вред приносит он, как для самого пьющего, так и для коллектива. Лучшей картиной из этого цикла следует признать „Тревогу".

„Тревога" и „Кружева" [1]

Фильма „Т р е в о г а" для наших дней является в известной м е р е а н а х р о н и з м о м. Тем не менее она представляет интерес, как попытка активной борьбы с алкоголизмом, про-

---

[1] „Тревога". Производство „Совкино". Режиссер Е. Петров. Частей—5. Метраж — 1800.

„Кружева". Производство „Совкино". Режиссер С. Юткевич. Частей — 6.

водимой при помощи художественной кинематографии. Действие разыгрывается на заводе. Пьянка, много прогулов, низкая производительность труда, хулиганство. Завком и партийная организация принимают все меры к тому, чтобы сократить потребление спиртных напитков и поднять производительность труда. Однако, это удается в незначительной степени. Среди рабочих разложение. Вино продается тайком, из-под полы. Молодежь организуется против пьянства: в праздничный день устраивается шествие по фабричному поселку, оно направляется в сад клуба, где поставлен доклад о борьбе с пьянством рабочих и концерт. Среди сознательной части рабочих наибольшей активностью выделяется машинист-комсомолец. Он неустанно выступает против пьяных и прогульщиков, изобличает их, клеймит перед общественным мнением. Благодаря такому отношению некоторых рабочих к своей работе, часто происходят несчастные случаи и, наконец, когда кочегары все перепились и за котлом было ослаблено наблюдение, чуть не произошел взрыв. На заводе паника. С опасностью для жизни комсомолец-машинист пытается предотвратить большую катастрофу — взрыв котлов. Это ему удается. Завод спасен. Пьяницам и прогульщикам нет места у станков. Они увольняются. Возрожденный завод поднимает производительность труда. Производство крепнет. Фильма смотрится с огромным интересом. Антиалкогольная агитация подана художественно, без навязываемой тенденциозности, несмотря на то, что фильма выявляет ряд путей и методов борьбы с пьянством.

На ряду с „Тревогой“ по качеству художественного оформления и вызываемому интересу можно поставить талантливую картину „Кружева“. В этой картине широким полотном развернуто пьянство среди молодежи со всеми вытекающими отсюда пороками (хулиганство, мордобой и т. д.). Убедительно показывается, как организованная общественность объявляет решительную борьбу алкоголю, удачно справляется с этой задачей и переключает внимание молодежи на интересы более высокого порядка — учебу и физкультуру.

К основным достоинствам этих фильм следует отнести большую правдивость и убедительность, правильное отображение быта и искусно поданные в замаскированной форме основные установки борьбы.

Эти картины целиком посвящены задаче борьбы с алкоголизмом. На ряду с ними есть ряд художественных картин, в которых алкогольная проблема не выдвигается на передний

план, не является ведущей линией фильмы, но тем не менее занимает в общей структуре вещи заметное место. Примером такой картины является „Путевка в жизнь“. Об этой картине подробнее мы скажем в заключительном разделе данной главы, который называется: „Психопатологические мотивы в художественной кинематографии“. В этой фильме картины алкоголизма поданы с непревзойденной остротой, с большим талантом и редкой убедительностью. Звуковая фактура фильмы, музыка и речь — еще более повышают эффективность воздействия. Патопсихокинографический материал, заключающийся в данной картине, требует специального исследования, которое прольет много света на проблему „влияния“ кино на аудиторию.

Научно-художественные фильмы

И, наконец, третий ряд фильм, в которых нашла свое частичное отражение клиника душевных заболеваний, образует те две научно-художественных картины, которые построены на сюжетно-фабульной основе и предназначены для массовой аудитории в качестве санпросвета по психогигиене и психопрофилактике.

„Больные нервы“ [1]

(Неврастения)

Основные задачи фильмы — это ознакомить широкое население, с таким заболеванием, которые обычно называют неврастенией, и, которое в качестве неврастенического состояния наблюдается, как синдром при многих заболеваниях.

В картине сделана попытка выявить этиологию, обусловливающую неврастенические состояния: имеется указание на неправильное распределение труда и отдыха, на психические травмы, антоксикацию и т. д.

При обрисовке синдрома даны его нервно-соматические и нервно-психические проявления, выявлена разнообразная

---

[1] „Больные нервы“. Производство Ленинградской ф-ки „Совкино“. Научно-художественная фильма в 5 частях по сценарию д-ра Н. И. Галкина и приват-доцента Л. М. Сухаребского. Метраж — 1635 м. Режиссер — Н. И. Галкин, оператор А. И. Гинзбург. Консультанты: прив.-доц. Л. Я. Брусиловский, проф. А. В. Гервер, проф. Ю. В. Каннабих.

В продвижении этой картины на широкий экран принимали участие: проф. Л. М. Розенштейн и доц. А. О. Эдельштейн.

симптоматика, в том числе головные боли с ощущением давления („неврастеническая каска Шарко“), раздражительность и быстрая истощаемость.

Ведущий тезис фильмы: мы не умеем жить и работать, мы не умеем культурно отдыхать. В итоге организм систематически переутомляется. Падает аппетит. Ухудшается сон.

Для правильного понимания механизма неврастенического состояния, фильма знакомит зрителя с основами анатомии и физиологии центральной нервной системы. Дается представление о нервной клетке и нервном волокне. Показывается строение головного мозга, структура его массы (серое и белое вещество). Описывается кора и залегающие в ней центры. Дается понятие о психической деятельности головного мозга.

В фильме клиника, государственные научно-лечебные учреждения противопоставляются частной медицине.

Ряд кадров подчеркивает этот углубленный подход серьезной научной мысли, правильное вскрытие причин заболевания и верно назначаемое лечение. Борьба с неврастеническим состоянием показана в плане рационализации трудового режима, физиотерапевтического и физкультурного укрепления нервной системы.

Совершенно правильно замечает в своей сопроводительной брошюре режиссер фильмы Н. И. Галкин, что главное в деле борьбы с неврастенией, это — оздоровление условий труда и быта. Это — рационализация условий, регулярный образ жизни, закалка здоровья.

Для докладчика-врача, который будет выступать со вступительным словом к фильме, намечаются в брошюре следующие элементы его доклада:

1. Как устроена и как работает нервная система?
2. Высшая нервная деятельность человека.
3. Интеллект и эмоции.
4. Возбуждение и торможение.
5. Что такое неврастения?
6. Как проявляется неврастения?
7. Причины неврастении: социальные и индивидуальные.
8. Меры борьбы с ней.
9. Рационализация труда и оздоровление быта, как меры широкой борьбы.
10. Физические методы лечения.
11. Излечима ли неврастения?

Практика массовой работы в аудитории показала, что сделанный по этим пунктам доклад, подкрепленный демонстрацией фильмы имеет сильнейшее санпросветительное воздействие, на широкого зрителя.

„Кто виноват?“ [1]

Вторая фильма „Кто виноват?“, посвящена проблеме наследственности нервно-психических заболеваний. У отца героя фильмы в анамнезе — lues. В итоге у его сына рождается идиот.

Эта фильма больше приближается к художественной кинематографии. Научного материала в ней мало. Режиссером проделана большая работа с актером. Эффективность фильмы в первую очередь обусловливается актерским мастерством. В фильме многогранно представлен рабочий быт. Хорошо подана молодежь. Сюжет картины несложен. Молодая работница выходит замуж за инструктора ЦИТ'а своего завода, у которого имеется наследственная отягощенность. Брак, как будто удачный. Вначале все идет хорошо. Родившийся ребенок вносит оживление в эту маленькую семью. Его окружают вниманием и заботами. Ребенок растет. И вот тут начинается драма, переходящая в трагедию. По мере того, как ребенок становится старше, родители замечают, что с ним не все благополучно. Он какой-то вялый, безучастный, несмышленный. Он — идиот. В результате отец ребенка дает психопатическую вспышку, во время которой он делает попытку убить младенца. Врачебная экспертиза признает его душевно-больным и помещает в психиатрическую больницу. С течением времени психопатическое состояние проходит, он выписывается из клиники, приступает к прежней работе. Старая семья разрушена — жена ушла, а сын отдан в специальное детское учреждение,

Основные установки этой фильмы были развиты в специальной сопроводительной к фильме брошюре, где режиссер (Н. И. Галкин) поставил ряд вопросов. Поводом для написания сценария послужил, имевший место в действительности, случай убийства летчиком О. своего сына-идиота. Имеет ли право человек распоряжаться жизнью своего ребенка, если

---

[1] Сценарий: д-ра Н. И. Галкина, приват-доцента Л. М. Сухаребского и Д. Г. Толмачева. Режиссер Н. И. Галкин. Оператор Л. П. Потлис. В главной роли С. Минин. Частей — 6. Метраж — 2000 м.

даже этот ребенок слабоумный идиот, ни на что не пригодный, служащий бременем для государства и семьи.

Мы пытались в картине переключить этот, не столь важный, по нашему мнению, вопрос, из плоскости отвлеченного права в плоскость общественной постановки вопроса" А почему рождаются такие дети? Не мы ли сами в этом виноваты? Отсюда тот единственно приемлемый, с нашей точки зрения, выход из положения:

1) Каждый человек в социалистическом обществе должен помнить, что дело рождения человека это не только его собственное дело, но и коллектива, в котором он живет.

2) Каждый человек должен познакомиться со своей наследственностью, прежде чем вступить в брак.

3) Задача общества оздоровить брачные отношения, сделать их социально-гигиеническими, т. е. теми, которые устанавливает социальная био-евгеника.

По существу мы имеем здесь первую попытку генетической фильмы, разговаривающей с массовым зрителем на понятном ему языке.

Попытка эта несомненно интересна и ее опыт заслуживает всяческого внимания, ибо с точки зрения популяризации основных положений генетики и евгеники, сюжетная научно-популярная фильма является сильнейшим орудием широкого воздействия.

Заслуживает также упоминания фильма „Правда жизни". Посвящена сифилису. Это — научно-художественная картина, в которой научный материал имеет художественное сюжетное обрамление. Сценарий д-ра Н. И. Галкина. Режиссер В. Н. Карин.

Фильма актуальна тем, что в ее конце даны интересные клинические картины прогрессивного паралича. Особенно важно, что съемки производились в клинике нервных болезней 1-го М. М. И. Снят покойный Г. И. Россолимо, во время исследования больной со всем своим врачебным составом (рис. 44). В этом плане данная фильма содержит редкий документальный материал.

Психопатологические мотивы в произведениях художественной кинематографии

Иногда среди наших художественных кинематографических произведений встречаются психопатологические мотивы. Последние представляют для нас большой научно-практический

интерес, по многим соображениям. При изучении этих произведений неизбежно встает ряд вопросов: зачем этот материал сюда привлечен, каков его удельный вес, какова его драматургическая нагрузка, отношение режиссера-художника к нему и т. д.

В наших советских художественных кинопроизведениях мы останавливаем внимание на двух фильмах, которые по своему талантливому оформлению и насыщенному социальному содержанию стоят на большой высоте. Это уже упоминавшаяся нами фильма „Путевка в жизнь" режиссера Н. Экка и картина „Обломок империи" режиссера Ф. Эрмлера. Обе фильмы сделаны в совершенно различных планах, что усиливает интерес к поднимаемому нами вопросу. Как известно, картина „Путевка в жизнь", посвящена проблеме перевоспитания личности. В яркой художественной форме фильма демонстрирует, как органы Советской власти берут, как будто бы социальные отбросы людского материала (воров, жуликов и бандитов) и создают, путем перековки, сознательных граждан. Налицо новая, неслыханная форма переделки извращенной психики личности и воспитания ее на новых началах.

Фильма вводит зрителя в мир преступности. Беспризорники — их виртуозная работа: кража чемоданов, денег, часов. Организованная шайка преступников, имеющая умного руководителя и железную дисциплину.

Это: вводные картины — эпизоды фильмы. Борьба с беспризорностью — дальнейшая линия развития фабулы картины.

Облава. Работа специальной, социальной комиссии по отбору ребят. Ребята отобраны. Как быть дальше? [1]

„И тогда комиссия решила произвести невиданный в истории опыт".

Новый человек — вдохновитель опыта — Сергеев (арт. Баталов).

Он предлагает создать фабрику-коммуну. Сюда перевести молодых преступников. И здесь на базе трудовых процессов перевоспитать их.

Беспризорники не хотели итти на фабрику. „Знаем мы ваши коммуны" — кричит Мустафа (главный герой картины).

---

[1] Цитируем тексты сценария.

Но Сергеев — тонкий психолог. И фильма замечательно раскрывает это знание человеческой души малолетнего преступника.

Прежде всего Сергеев подошел к ним, как равный к равным. Как товарищ к товарищам. Как взрослым и сознательным он объяснил им сущность дела. Он внес теплоту в эту беседу. Он согрел ее мягкостью и чуткостью. И он победил — он завоевал их доверие.

Психологическая игра продолжается. Преступников выпускают из изолятора. Они ждут конвоя!

Конвоя нет!

„Где конвой?" — „Где охрана?" — спрашивают правонарушители.

„Зачем они? — мудро отвечает Сергеев, — раз вы сами добровольво едете".

Этот акт большого доверия является решающей гирей на весах колебаний беспризорников.

Они чувствуют себя морально обязанными перед таким доверием.

У самого Сергеева нет полной веры в их возврат. По дороге к вокзалу, в большом городе, с колоссальным движением, без конвоя, будучи предоставленными себе — легко бежать.

Но они не убежали.

Они пришли на вокзал.

Сергеев оказался прав.

Он большой знаток человеческой психики.

И тогда он делает следующий шаг по новому пути.

Это уже, как будто бы совершенно непонятное.

Вору М у с т а ф е он доверяет деньги, чтобы купить еду всем на дорогу.

Отход поезда. Мустафы нет.

Придет или не придет? Мучается Сергеев. Нарастает напряжение.

И Мустафа пришел.

Сергеев победил.

Эта психологическая задача решается режиссером в фильме с большим мастерством. Фильма показывает, как можно в образах, как в зеркале, отображать многогранность психики, богатство душевной жизни человека.

От этих замечаний перейдем к фильме, к ее сценарию, Познакомимся с теми эпизодами, в которых старое дает себя знать.

„Путевка в жизнь“

Авторский сценарий: Н. Экк, А. Столпер, Р. Я. Янушкевич.

Постановочный коллектив: Режиссер — Н. Экк, оператор — Б. Пронин, звукооператор — В. Нестеров, художник — И. Степанов, композитор — Я. Столяр.

1931 г. Производство фабрики „Межрабпомфильм“.

□

„... Стоит пустая мастерская. Играют ребята, сидя на постелях в карты.

Пустая столярная мастерская. Играют ребята в орлянку. Развалясь, греются на солнце.

Греется на солнце Кабысдох. Лежит большой камень. Подошел парень, взял камень.

Бросили играть в орлянку, смотрят, смеется парень. Подходит к смеющемуся один из играющих в орлянку.

— За что Кобысдоха убил?

Смеется парень. Неожиданно подошедший ударил смеющегося. Бросили играть в карты, подбежали к окнам. Смотрят: дерутся двое. Выскакивают из окон ребята. Бегут к дерущимся.

Сидят неподвижно, понуро ребята, актив и инструктора. И вдруг разбивается оконное стекло. Вскочили ребята, прислушались. Слышна пьяная песня.

Пьянка на поляне. Поют пьяные ребята. Поющие пьяные лица. Размахнулся парень четвертью, запустил в окно. Вдребезги разбивается стекло. Бежит актив коммуны вместе с инструкторами. Пьет парень.

Выбегает на поляну актив. Кричит Мустафа. Вскочил парень. Озлобленная физиономия. Он орет. Вскакивают ребята. Кричит пьяный.

— Сам живи здесь, лягавая сволочь!

Заорал Мустафа:

— Что?

Во-весь экран лицо Мустафы:

— Я Лягавый?.. Я в Крыму, в Одессе, Харькове был...

Пьяные физиономии кричащих ребят.

Кричит парень:

— Загнали на остров, все уйдем.

Вскочил еще один, схватил камень. Стоит Мустафа. Сжался весь. Размахнулся парень, швырнул камень.

— Бей все!

Разлетелось окно. Не стерпел Мустафа. Прыгнул. Схватил парня за грудь. Качает из стороны в сторону парня.

—Свое бьешь!

Отлетел парень в толпу.

Заорал на поляне другой.

—Бей мастерские!

Бросилась часть ребят к мастерским, а часть в нерешительности осталась не поляне.

□

Станция. Подходит к станции поезд. Выходит из вагона Сергеев. Идет. Из другого вагона Жиган, бандиты и десять проституток.

□

Открывает Мустафа склад. Вбежали ребята. Взяли веревки, побежали. Вламываются пьяные ребята в мастерские.

Стоят в нерешительности ребята на поляне.

Бежит актив, вооруженный веревками. Ломают пьяные ребята сделанные стулья. Разбивают окна. Вбегает актив коммуны и оттаскивает их от станков. Взмахнул парень финкой, перерезал ремень. Завязывается огромная драка.

Бой у станков. Одолевает постепенно актив.

Двинулась на поляне партия ребят. Бьют в мастерской Мустафу. Несколько буянов удалось связать и привязать к станкам. Вылетел из мастерской Колька. Остановилась толпа во дворе. Кричит Колька, ударяя себя кулаком в грудь.

—Ребята, что же вы, ведь, станки ломают.

Стоят в нерешительности ребята. Вдруг кто-то крикнул и во главе с Колькой они бросились в мастерские. Вбегают в мастерские ребята. Неожиданная подмога. Одолевает актив. Связывают бузотеров и связанных кладут тут же в мастерской. Стоит Колька с разбитой физиономией.

—Эх, сами в коммуну пришли сапоги шить, а вы...

Сломанные стулья. Выбитые окна. Смачно выругался Колька.

Затемнение.

□

Ползут тени между палаток. Вдруг вскочили, побежали.

Изба. Три тени шмыгнули к избе. Рука условно стучит в стекло. Отдернулась занавеска. Прильнуло женское лицо. Задернулась занавеска. Внутренность избы. Отпирается дверь.

Входят трое парней. Необычайность: изба превращена в кустарный публичный дом. Привезенные Фомкой Жиганом „девочки" расположились в ожидании гостей. Играет на гитаре Маруська, подпевают „девочки". На столе причудливой полувосьмеркой расположились бутылки водки и закуска.

Плакат на стене:

„ПОЧТЕНЬИЦЕ ДОРОГИМ ГОСТЯМ".

Другой плакат:

„ЗДЕСЬ ПОЛАГАЕТСЯ ПИТЬ, КУРИТЬ, ТАНЦОВАТЬ и ДЕВОЧЕК ЦЕЛОВАТЬ"

Реакция вошедших на увиденное зрелище.

З а д у м а н н о е Ф о м к о й Ж и г а н о м „б о л ь ш о е д е л о" — р а з л о ж е н и е н е н а в и с т н о й к о м м у н ы н а ч а л о с ь.

Вскочили „девочки", подбежали к пришедшим ребятам из коммуны. Затемнение.

□

Из затемнения. Внутренность жигановского становища. Идет пьянка. Играет и пьяно поет Маруська. Поют, едят, все сильно навеселе. Вдруг насторожился Жиган, пошел к окну, радостно повернулся, заорал. Вскочили все „девочки". Распахивается дверь.

— А к т и в к о м м у н ы.

На пороге актив коммуны во главе с Колькой и Мустафой. Пьяная морда Жигана, он орет.

— М у с т а ф а, К о л ь к а, н а к о н е ц-т а-а...

Кричит Мустафа.

— Ф о м к а-а... ч о р т...

Налетели „девочки". Повисли — одна на шее у Мустафы, другая у Кольки. Тащат пришедших к столу, рассаживают. Держит пьяную речь Жиган. Наливает водку в стаканы. Подняли стаканы, орут ура, пьют. Пьет Мустафа, подмигнул Кольке. Пьет Колька, ответно подмигнул Мустафе. Лицо Жигана.

— Э-э х, т р я х н и с т а р и н о й!

Освободился Мустафа от облепивших его „девочек", вышел на середину становища перед столом. Выхватил Фомка гитару у Маруськи, рвет пьяно струны. Пустился Мустафа

в пляс, имитируя цыганочку. Хлопают в ладошки девицы. Сорвался Колька, пляшет вдвоем с Мустафой, к ним по одному присоединяются все пришедшие. Пляшут все быстрее.

Играет Жиган, орет Маруська. Пляшут во-всю пришедшие. Вдруг остановились. Непонятное: в руках у пришедших появились револьверы, дула направлены на хозяев. Пьяно удивлены Фомка, Маруська и бандиты. Вдруг истерически захохотала Маруська. Орет:

— Молодец, Мустафа. Здорово купил!

Подбежала к Мустафе. Отшвырнул ее Мустафа. Заорал:

— Поднимай руки, халявы!

Замер пьяный смех. Лицо Кольки. Он цедит сквозь зубы:

— Девок навез, ребят сбивать.

Орет Мустафа.

Медленно поднимает руки Фомка. В руках у него гитара. Зарычал Фомка.

— А так, Мустафа, лягавым стал.

И размахнувшись запустил гитарой. Бросились все. Свалка. борьба. Стреляет Мустафа вверх. Кадры борьбы. В борьбе Фомке удается отпихнуть охвативших его ребят, броситься к дверям, но в дверях он столкнулся со вбежавшим Сергеевым. Пауза. Схватился Жиган за финку. Сбил его с ног Сергеев. В это время Мустафа, зацепившись за ногу Жигана, упал между ним и Сергеевым. Воспользовавшим этим, бросился в другую дверь Жиган. За ним Сергеев.

Продолжается борьба, драка. Одолевают пришедшие, вяжут пьяных бандитов. Забившись в угол, лежат пьяные проститутки. Как кошка дерется Маруська с Колькой.

Задняя сторона сарая, выходящая на огороды. Из сарая вынырнул Жиган, за ним другой бандит, побежали. Изба. Почти все перевязаны.

Вновь задняя сторона сарая. Выбежал Сергеев. Стреляет по убегающим Фомке и бандиту. Смотрит в темноту, повернулся, побежал обратно.

Изба. Пришедшие бьют бутылки, срывают плакаты, уничтожают осиное гнездо бандитов. Возвращается Сергеев. Остановился, смотрит: связанные бандиты, прикрученная Маруська, пьяно плачут проститутки, размазывая краску...“

□

Таковы отдельные, произвольно нами выбранные, отрывки из сценария „Путевка в жизнь“ (соответствуют фильме). С точки зрения изучаемого вопроса — отрывки представляют

двоякий интерес. Во-первых, в плане освещения в художественных образах клиники алкогольного опьянения и, во-вторых, в аспекте отрицательного воздействия на психику аудитории.

В первом разрезе картина дает яркую картину опьянения, выдержанную в сугубо натуралистических тонах. Что же касается второй стороны вопроса, то здесь, после длительного показа фильмы и постановления руководящих органов, об изъятии картины из прокатной сети, становится очевидным, что фильма воздействовала на аудиторию отрицательно. И, действительно, история проката этой картины насчитывает много примеров „подражания", когда юный зритель, просмотрев „Путевку в жизнь", пытался на практике повторять то, что видел в ней: разрезал бритвой шубы, вытаскивал деньги из карманов и т. д.

„Обломок империи"

Вторая картина „Обломок империи" представляет еще больший интерес, ибо здесь использовано психопатологическое состояние героя для создания сложной драматургической основы вещи. В „Обломке империи", психопатологическое состояние главного действующего лица не является случайным, второстепенным эпизодом. Наоборот, это — основной прием,[1] который позволяет зрителю по-новому, с новой точки зрения взглянуть на целый ряд ему уже известных вещей, чтобы понять их лучше, глубже прочувствовать и активнее восприять. Содержание вещи несложно: во время империалистической войны на фронте контужен солдат. Итог поражения — потеря памяти. Он не помнит прошлого, он не ориентируется в настоящем. Жизнь его приближается к животной, психика — к детской. Он может отправлять физиологические функции, он может выполнять несложную работу, но ему не дано понимать высшего—окружающую обстановку, социальные сдвиги и восстановления своего „я".

Он тих, послушен, покорен. Приютившая его хозяйка эксплоатирует его. Дети охотно с ним играют. Он так близок к ним. Но вот однажды...

---

[1] Показательно, что немцы выпуская картину в Германии, поставили на этом акцент, даже в названии фильмы. У них она была названа „Человек, который потерял память".

Однажды он вышел на станцию. Проходил встречный поезд. Безучастно он встретил его и... вдруг, в одном окне увидел женщину. Что-то как будто толкнуло его, ударило. Он еще не знает, в чем дело. Но он чувствует что-то необычное. Какая-то темная мысль начинает сверлить его мозг. Он бежит домой — и здесь режиссер с исключительным мастерством сумел выявить, как шаг за шагом у больного начинает восстанавливаться память на прошлые события. Путем мелких ассоциаций (стук швейной машинки, стук пулемета) он заставляет его вспомнить забытый пройденный этап жизни. Постепенно он начинает восполнять провал памяти. Наконец, он вспомнил — эта женщина его бывшая жена. Моментально он перерождается. Нет глуповатого с ребячьей психикой душевного больного.

Перед зрителем новый человек — здоровый, осмысленный. Он изжил свою болезнь. Голова его ясна. План действий принимается быстро. Ему здесь больше нечего делать. Его дорога туда, в Петербург, вслед за поездом, увезшим жену. Приводим соответствующие отрывки из сценария „Обломок империи“.

„Обломок империи“

Авторский сценарий Катерины Виноградской и Ф. Эрмлера.

Постановочный коллектив: Режиссер — Ф. Эрмлер. Оператор — Е. Шнейдер. Художник — Б. Эней.
Производство Ленинградской ф-ки „Совкино“, 1929 г.

Из первой части. — Период гражданской войны.

„Мы отступали. Наступали белые. Хозяйка сторожки приводит к груде мертвых какого-то солдата. Приказывает ему:

— Снимай сапоги. Пропадут.

Солдат начинает стаскивать с мертвых сапоги. Женщина светит ему фонарем.

Лицо солдата. Из огромной дремучей бороды глядят наивные глаза ребенка. В лице и в движениях солдата чувствуется какая-то странность.

Летят на платформу стаскиваемые с окоченевших ног сапоги. Вдруг среди мертвых один зашевелился. Тихо простонал...

Солдат заинтересовался. Продолжает стягивать сапог. Пристально, не моргая, разглядывает лицо застонавшего.

Молоденький, курносый красноармеец. Он стонет, с трудом шевеля спекшимися губами...

— Пить... Пить...

Мучительная жажда. Закрытые глаза. Вероятно тиф.

Жадное детское удивление и любопытство в глазах солдата. Он наклонившись, прислушивается. С его распахнутой груди свисает на длинной веревочке светлый, солдатский георгиевский крест.

Солдат радостно смеется. Выпускает из рук полуснятый сапог. Вытягивает больного из груды мертвых, взваливает его себе на плечи, несет.

Станционная сторожка. С соломы поднимается собака. Узнав вошедшего солдата она махнула ему хвостом и снова легла. Солдат втаскивает в сторожку больного красноармейца и бережно кладет его на солому.

Больной красноармеец в сторожке.

□

В сторожку вталкивают солдата с „георгием“ За ним видна испуганная хозяйка. Она кричит:

— Это мой работник, ваше благородие. Безума он, без памяти, контуженный солдат.

Солдат стоит на пороге. По обеим его сторонам штыки. Доверчиво и кротко он улыбается разведке. В его глазах ни проблеска страха или понимания.

Для штатского очевиден идиотизм солдата. Махнув на него рукой, он выходит из сторожки. Разведка следует за ним, захватив с нашеста единственную курицу.

□

Часть вторая

Та же станция летом тысяча девятьсот двадцать восьмого года. Светлые платья женщин, тени тополей. Играют дети. Начальник станции в белом, прохладном кителе ожидает прихода поезда.

Гуляют по платформе, обнявшись и тоскуя, классические станционные девушки.

Лишь он не знает времени, не запоминает мест. Он ничего не знает о самом себе.

Солдат, потерявший память, моет пол в сторожке.

Увидел на полу детский бумажный кораблик. Развлекся, бросил веник, занялся корабликом.

Поставил кораблик в лужу, лег на пол, бородой, дует во все щеки.

Кораблик трясется но не плывет. Хохочет над корабликом солдат.

В окно сторожки стучат дети. Зовут солдата. Снова развлекся, забыл про кораблик, пошел к детям.

Дети облепили со всех сторон солдата, и, радостно крича, ведут его на станцию.

□

Только что прибыл скорый поезд. Одну минуту стоянки пустынная станция живет напряженной жизнью. Визжат дети, возбуждены девушки. В окнах поезда лица пассажиров, рассматривающих станцию.

Резко разделена чертой теневая и солнечная стороны станции. Солдат с детьми глазеет на поезд.

В одном окне женщина с гладкой, темной, туго зачесанной головой, рассеянно откусывает кусок яблока.

Вдруг она замерла. Яблоко застряло в горле. Испуганно смотрит женщина, раскрыв рот.

Прямо перед ней, на солнечной стороне стоит солдат. Солдат неподвижно смотрит ей в лицо. Помертвевший, ужаснувшийся взгляд женщины. Сделала неуверенное движение спрятаться, но осталась в окне.

Солдат не мигая, смотрит ей в лицо. Страшным напряжением полно лицо женщины.

В глазах солдата слезы.

Второй звонок.

Женщина отшатнулась и пропала из окна.

Солдат сорвался с места. Бежит к сторожу, удерживает его руку, дергающую веревку колокола. Сторож мягко отстраняет солдата, продолжая звонить.

Женщина осторожно выглянула из окна. Увидела солдата, спряталась.

Солдат бежит к вагону. Какое-то сильное чувство трясет его, но взгляд его глаз попрежнему неживой.

Солдат ищет по окнам лицо женщины. Много в поезде женщин, много их гуляет по платформе.

Но той, единственной нет.

Она сидит в купе жесткого вагона, взволнованная, испуганная, с опущенной головой. Ее сосед закуривает, выбрасывает в окно пустую папиросную коробку.

Солдат на платформе, прямо к его ногам падает папиросная коробка с надписью „Эпоха".

Сразу развлекся. Поднял коробку с любопытством заглянул внутрь. Коробка пустая.

Купе. Женщина облегченно вздохнула, перекрестилась. Поезд трогается.

Солдат на платформе все еще рассматривает пустую коробку. Мимо него проходит поезд. Медленно уплывает знакомое пустое окно, но он не догадывается посмотреть на него.

Слепо привязано его внимание к последнему источнику возбуждения — к пустой коробке.

Купе. Уплывает станция, уходят столбы. Открывается небо. Женщина стряхнула с себя тяжелое вспоминание. Оживилась, заговорила со спутником, принялась за следующее яблоко.

Пустая сторожка. На столе швейная машина.

Входит солдат, рассеянно прижимает к себе коробку, подходит к столу.

Новый предмет привлекает его внимание — медный колокольчик.

Сейчас же забыл коробку, бросил ее на стол, взял в руки колокольчик. Тихонько звонит колокольчиком. Раз, два. Слушает. Перед глазами солдата на столе коробка папирос с надписью „Эпоха".

Память вдруг связала вместе эти два предмета и дала воспоминание. Мгновенной вспышкой в мозгу солдата встает —

... второй звонок. Уходит скорый поезд...

... лицо женщины мелькает в окне.

Солдат хватает коробку, как схватил ее на платформе.

Опять горе и потеря потрясают солдата.

Он несет коробку в рот, закусывает ее зубами. Он мучительно чувствует потребность в каком-то поступке, но не знает, что это за поступок.

Вся измята коробка зубами. Вынув ее изо рта, он опять с непонятной надеждой заглядывает в нее. Пустая. Солдат стиснул в отчаянии руки. Сел, сидит у стола.

Женщина с гладкой головой медленно встает из темноты памяти. Повернулась, посмотрела ему в лицо. Но взгляд не тот, что он только что видел. И сама женщина не та. Моложе, нежнее ее милое лицо. Женщина улыбается ему.

Потерянный взгляд солдата бродит по столу. Увидел швейную машину, потянулся к ручке. Крутит ручку, развлекаясь движениями колеса, стуком шьющей иглы.

Внимание почему-то захватил этот стук. Солдат прикован глазами к челноку.

Вдруг в напряженной памяти зарождается более сложный процесс: сравнение.

Солдат смотрит на иглу.

И вот уже не игла шьет перед его глазами. Это работает пулемет. Пулемет строчит.

Быстро сменяют друг друга строчка швейной машины — строчка пулеметного огня.

Солдат озверел, он изо всех сил крутит ручку машины. В ушах его стоит непрерывный стук пулемета. Голова его горит невероятным возбуждением. Дрожат руки.

Мелькает лицо женщины, лицо неожиданно сменилось лицом какого-то офицера.

Солдат вскакивает и отталкивает от себя машину, разбудившую его память.

Опрокидывает стол. Упала на пол машина. Полетели разные мелочи.

Солдат смотрит на катающуюся на полу катушку.

Это не катушка, это — орудие катится по полу.

Словно озаренный молнией, мозг солдата снова прорезается уходящим поездом ...

(... следующие эпизоды раскрываются перед солдатом — извлекают из его памяти события фронта, его ранение, во время которого он потерял память — постепенно он все вспоминает, узнает себя, начинает ориентироваться).

□

... Сторожка. Солдат лежит на полу. Он пережил громадное потрясение. Память вернулась к нему.

Приподняв голову, солдат оглядывается по сторонам новыми глазами. Он не узнает помещения. Рядом с ним валяется швейная машина, опрокинутый стол.

Солдат устал от потрясения, обессилел. Он вытирает пот со лба. Прислонился к столу, лег на пол.

Лежа на спине солдат думает. Его лицо спокойно. Глаза приняли нормальное выражение. Над ним наклоняется знакомое лицо. Хозяйка сторожки испуганно спрашивает солдата, что с ним.

Солдат встал, рассматривает хозяйку, себя.

Он радостно кричит:

— Я знаю кто я. Я — унтер-офицер Филимонов.

И, вдруг, снова, уже ясно, осознанно, реально в памяти Филимонова встает —

. . . уходящий поезд.

. . . Дорогое лицо женщины мелькает в окне.

Жена! Жена!

Кричит Филимонов.

Лицо жены во всей его неповторимости, родное, потерянное и найденное лицо стоит перед его глазами. Филимонов готов действовать. Поступок, наконец, ясен.

— Где мои сапоги?

. . . Кричит он.

Как мальчик, новым легким движением перепрыгивает через стол. Возвращается через секунду в накинутой на плечи шинели с узелком в руках. Стремительно прощается с остолбеневшей хозяйкой

□

Станция. Сумерки. Никого уже нет на платформе. Медленно тянется мимо станции товарный. Филимонов бежит к поезду, вскакивает на ходу. Уходит товарный от станции, увозя Филимонова.

— На родину, в Санкт-Петербург.

Как рисует фильма своего больного героя во время душевного патологического состояния?

Она рисует его спокойными, мягкими мазками. Это ровные тона, соответствующие длительному старому заболеванию не меняющемуся в своем течении — не прогрессирующему и не регрессирующему. У него огромная дремучая борода — из нее глядят наивные глаза ребенка. В лице и движениях странность. Он очень спокоен, он даже более спокоен, чем это можно допустить при данной обстановке. Доверчиво и кротко улыбается он контр-разведке. В его глазах ни проблеска страха или понимания.

Процесс воспоминания прошлого и уяснение настоящего дан в сложной игре переживаний и целой гамме ощущений. Режиссер как бы подверг анатомии психику больного, рассек ему душу и под „микроскопом киноглаза“, обследовал каждую ее клеточку.

В этом творческом процессе, художника менее всего интересовала научная сторона. Некоторый научно-правдоподобный декорум он выдержал для того, чтобы неправдоподобной клинической картиной, не лишить фильмы того яркого, убедительного реализма, который является одним из основных ингредиентов успеха картины.

Проблема, затронутая режиссером в фильме является одной из актуальных в той главе психопатологии, которая трактует вопросы расстройства памяти.

В своей монографии „О расстройствах памяти“, Р. Я. Голант указывает, что: „Потеря или понижения способности воспроизведения может охватить: а) весь запас представлений или же б) только какую-нибудь группу, например, зрительные или тактильные представления. Мы говорим об общей и частной или частичной амнезии, resp., гипомнезии... В отношении своего течения общая амнезия может быть прогрессирующей, стойкой и регрессирующей. В зависимости от промежутка времени, охваченного амнезией, мы различаем: а) амнезию на все прошлое; б) амнезию на события недавнего прошлого; в) ограниченную амнезию...“

Очевидно, что у больного в фильме „Обломок империи“ имеется амнезия на все прошлое и потеря способности воспроизведения охватывает весь запас представлений больного. После контузии, он как бы заново рождается, этим объясняется примитивность его психики, ее „детскость“.

Трудно говорить о клинической оценке[1] данного „случая“, созданного талантливой игрой артиста Никитина. Да в этом и нет большой необходимости. Фильма „Обломок империи“ менее всего может подойти в качестве учебного пособия по патологии памяти. Центр интереса фильмы лежит, конечно, в другом. Это использование психопатологического мотива как ведущего драматургического при-

[1] Если угодно, правильнее всего будет „трактовать этот случай“, как ту форму корсаковского синдрома, которую можно рассматривать как экзогенный тип реакции, встречаемую при разных острых инфекциях, интоксикациях и при других органических поражениях головного мозга, в том числе и травматических повреждениях, например, после контузии (как в данном случае).

ема по созданию произведения, социально-значимого, и очень эффективного по своим ведущим установкам.

„Фильма „Обломок империи" представляет для нас, интерес также и по другим соображениям — в первую очередь, в плоскости сравнения с аналогичной зарубежной продукцией.

Что мы имеем там?

Показ психопатологии в устрашающем аспекте, травматизирующем зрителя. Вспомните этого буйного помешанного, убивающего всех на своем пути и приводящего в ужас окружающих.

Здесь, наоборот. Больной дан в мягких, спокойных, тихих тонах. Это — ребенок, он доверчив, добр. Его нельзя бояться, настолько он ласков и ровен. Фильма показывает, что душевно-больной не обязательно выключается из коллектива, что он не должен обязательно пасть жертвой своей ужасной болезни, что он может жить и работать, несмотря на нее, и что он может являться социально-полезным членом общества.

Уже в этом одном, резко расходящемся пункте с обычными установками зарубежной, аналогичной по тематике, продукции, заключается большое психопрофилактическое значение фильмы.

Но этого мало.

Фильма „Обломок империи" учит зрителя (косвенно), что душевная болезнь, вовсе не есть, как правило — неизлечимая болезнь. Фильма демонстрирует случай, когда тяжелый больной поправился. Как это должно действовать на зрителя?

Конечно, в успокаивающем плане.

Фильма оптимистична не только своей общей социальной зарядкой, но и частично психопатологической, поскольку она демонстрирует полный возврат к жизни душевного больного, его выздоровление.

В этом и заключается сущность использования психопатологических мотивов в художественных кинопроизведениях.

К ним нужно подходит осторожно, пожалуй, сугубо осторожно. Но если внимание художника на них зафиксировалось, то необходимо что бы данный психопатологический материал был бы обыгран в порядке оптимистической трактовки, укрепляющей психику массового зрителя, и воспитывающего его в психопрофилактическом аспекте.

□

ПРОБЛЕМА КИНОТЕРАПИИ

(Кинопсихотерапия)

Определение понятия

Огромное психологическое воздействие произведений киноискусства на массовую аудиторию общеизвестно.

Зритель плачет над трогательными эпизодами картины и весело смеется при юмористических ситуациях. Нередко приходится слышать, что после фильм, насыщенных „ужасами", зритель чувствует себя разбитым, усталым — и, наоборот, есть картины, которые будят, поднимают активность, улучшают настроение, повышают самочувствие и т. д.

Этим обусловливается выдающаяся агитационная роль кинематографии; на этом же базируются и ее терапевтические возможности.

Метод применения кинематографии в качестве лечебного фактора назван нами „Кинотерапия". Структурно кинотерапия слагается из двух основных компонентов.

А. Современной психотерапии.

Б. Современной кинематографии (художественной и научной).

Проблема кинотерапии является новой. Не накопился еще экспериментальный материал, который позволил бы давать определенные директивные установки. Тем не менее уже сейчас можно сделать некоторую наметку, которая позволяет глубже ознакомиться с состоянием проблемы и практическим ее приложением.

О научной психотерапии

(Краткий экскурс в историю развития психотерапии)

Штрюмпель неоднократно подчеркивал, что почти половина всех больных (он считал до 50 процентов), является психоневротиками. Развивая его мысли, Джексон повы-

шала данную цифру до 75, а иногда и до 100 процентов.

Анализируя положения Штрюмпеля и Джексон, А. Евлахов замечает:

„Вывод — один. Каждый врач, кто бы он ни был, должен быть прежде всего психотерапевтом“. И далее он ссылается на Бумке, который говорит, что психотерапией должен заниматься всякий врач, желающий быть врачом, а не простым ремесленником.

Но особенно заостряет этот вопрос Кречмер когда утверждает:

„Психотерапия является одним из главных видов деятельности не только врача по нервным болезням, но и врача вообще“. (Разрядка наша.— *Л. С.*). Эти высказывания можно умножить. На всем протяжении развития психотерапевтической дисциплины, можно проследить признание ее, как мощного лечебного фактора. Психотерапия, как лечебный метод, известна из времен глубокой древности. Одно из важнейших ее ответвлений — гипнотерапия — работами парижской школы Шарко и Нансийской с Бернгеймом во главе была поставлена на большую высоту и играла значительную роль в терапии некоторых нервных и психических заболеваний.

Развитие психотерапии, как науки, более углубленное понимание ее основ, обусловило возникновение ряда ответвлений. Дюбуа создает школу рациональной психотерапии. Рождается учение о „солидной“ „каузальной“ психотерапии. Вслед учением Дюбуа о роли психологического фактора в жизни организма, появляется модификация этого учения в лице школы Дежерина.

Еще этап, и мы имеем ряд психотерапевтических учений с различными принципиальными установками и содержанием. Это — школа „философской психотерапии“ (Марциановский, Яроцкий и др.), психоаналитическая школа (Фрейд и его ученики), школа индивидуальной психологии — теория А. Адлера; в нашу задачу не входит анализ и критика этих учений (имеется соответствующая богатая литература).

Работами В. М. Бехтерева и Харьковской школы К. Платонова, изысканиями В. П. Протопопова, Иванова-Смоленского, Ленца и др. психологический фактор изучается с рефлексологической точки зрения — подводится рефлексологическая база под все учение о психотерапии.

Опыт последних лет применения психотерапии демонстрирует все больший отход от чистой гипнотерапии, в сторону

синтетической психотерапии с преимущественным суггестивным применением ее в бодрствующем состоянии. Это положение имеет выдающееся значение для включения в систему психотерапии кинематографической методики.

Конечно, и в гипнотерапии кинематографический фактор может являться активным компонентом воздействия. Но все же преимущественное значение включения кино в психотерапевтическую методику будет выявляться для тех форм психотерапевтической практики, которая проводится в бодрствующем состоянии больного.

Кинотерапия в свете специфики кинематографии, как выразительной формы

Кинотерапия является методикой синтетического порядка. Она представляет из себя сложное структурное сочетание двух методик, взаимно-проникающих друг друга, и растворяющихся одна в другой.

Психотерапевтическое значение соответствующих, умело подобранных и научно-обоснованных кинематографических произведений, созданных по специальной проработанной с лечебными целями методике, вытекает из огромного влияния кинематографии, как синтетического искусства.

Еще в 1908 г. Л. Толстой, подчеркивая большую созвучность кинематографии с жизнью — в случайной беседе сказал: [1]

„Но мне даже нравится это (т. е. новое, что несет с собой кинематография). Эта быстрая смена сцен, переливы настроений, каскады переживаний — право, это лучше, чем тягучее вылизывание сюжета. Если хотите, оно ближе к жизни. И там смены и переливы мелькают и летят, а душевные переживания прямо ураганоподобны. Кинематограф разгадал тайну движения. И это велико". (Разрядка наша.—Л. С.)

Кинематография является синтетическим искусством. Она структурно оформляется на основе сочетания ряда искусств. В качестве ведущих компонентов она „впитывает" в себя основные элементы смежных структурно-входящих в нее искусств (литературы, живописи, музыки, театра). Структурно-синтетическая ее сущность особенно отчетливо выступает в звуковых фильмах. Она станет еще явственнее, еще более синтетически насыщенной, когда грядущая техническая

[1] Цитируем по книге Николая Лебедева „Специфика кино"

революция в кино окончательно утвердит цвет и рельеф на экране.

Звучащий, цветной динамический образ на экране сегодня — и возможно стереоскопический — завтра, расширяет еще более те чувственно-познавательные возможности, которые заложены в психофизиологических данных зрителя-слушателя. Это отмечает в своей диссертации Н. Лебедев, когда пишет:

„Музыка и живопись — чувственно-односторонние выразительные формы, воздействующие каждая в отдельности только на один орган чувства. Напротив, театр и звуковое кино, воздействующие одновременно и на зрение и на слух могут быть названы чувственно-многосторонними формами" (разрядка автора).

Классик психотерапии Дюбуа, критикуя известные положения Нансийской школы о гипнотерапии, учил, что акцент психотерапевтического подхода врача к больному нужно ставить не на внушении, а на убеждении. Его рациональная психотерапия базировалась на апелляции к интеллекту, к логике. Он ратовал за сознательно воспитательное воздействие на больного. Он добивался понимания этиологии болезни со стороны больного и преодоления ее путем правильного критического подхода. Дюбуа в каждом отдельном случае старался укрепить волю больного, которая, по его мнению, являлась единственным залогом выздоровления.

В противоположность ему Дежерин перенес акцент с интеллектуального фактора на эмоциональный. Он отказывался признать в качестве первопричины интеллектуальную недостаточность больного; корень болезни, по его мнению, следует искать в эмоциональной сфере, в хронических заботах, подавляющих больного. Вот почему, голое убеждение, апелляция к одному рассудку, беседа только на языке интеллекта не может помочь больному. Надо добиваться здоровых эмоций; вокруг больного должна быть создаваема атмосфера бодрых, радостных, укрепляющих эмоций. Больную эмоциональность следует заменить здоровой. Это дело врача — дело психотерапевта. Со всей силой своей критики Дежерин подчеркивает:

„Возврождающаяся эмоция приходит к больному не потому, что он предварительно долго рассуждал об этом. Здоровая эмоциональность, как и больная эмоциональность, происходит из области бессознательного: человек сначала принимает, а потом рассуждает".

И далее: „нелогично думать, что у лица с усиленными эмотивными реакциями разум может составлять все, а стеническая (бодрящая) эмоция — ничто“.

И, в качестве, заключительного вывода:

„Психотерапия, если хочет изменить личность больного, должна обращаться в первую очередь к чувству и только затем посещать высокие вершины чистого разума“.

Произведения киноискусства заключают в себе огромный заряд эмоционального воздействия, который проникает до сокровенных глубин личности. С экрана эмоциональное воздействие заражает аудиторию, настраивает ее, овладевает ею. Зритель бывает весь потрясен. Переживания действующих лиц экрана становятся его личными переживаниями. Вместе с героями фильмы зритель любит и страдает, борется и побеждает. У него растет активность. Ему хочется вмешаться, изменить обстановку, обеспечить победу справедливости. Ему хочется помочь людям экрана, подсказать правильное решение, указать верный путь.

Г. О. Штинт приводит Янингса в роли Отелло (картина Буховецкого). В последней части ревность Отелло доведена до максимума. „Прекрасное черное животное (т. е. Отелло — Л. С.) в продолжение десяти ударов сердца смотрит в пустоту. На картине он почти неподвижен, но внутри у него все горит, мысли бегут; вот медленно опускается нижняя губа, глаза на мгновение останавливаются на ложе Дездемоны, и снова он смотрит неподвижно вперед. Положение ясно, каждый зритель знает: с ней кончено, хочется предупредить ее или объяснить Отелло его злость“.

Мимика выражает эмоции. Мимическая игра усиливает насыщенную эмоциональность фильмы. Мимика отражает разнообразные выражения лица, волнующие его чувства, выявляет модуляции эмоций. На примере игры Лилиан Гайш в „Судьбе девушки“ — Бела Балаш подчеркивает, что сущность эффекта ее мимики заключалась в том, что она выявляла подлинный темп ощущений, что резко чувствовался и воспринимался зрителем так называемый „ритм внутренней взволнованности“.

Кинотерапия, как лечебный фактор

„Самым важным при суггестивном сеансе является сказанное слово“, — говорит Кречмер. В арсенале психотерапии слово является ведущим элементом воздействия на

больную личность. К. Платонов написал целую поэму, воспевающую слово, как выдающийся инструмент психотерапевтического воздействия. Он показал, что оно способно вызывать глубокие и тонкие реактивные отклонения в функциях организма. Убедительными в этом плане являются такие факты, как получение ожога кожи путем словесного внушения, остановка кровотечения и т. д. Платонов определяет слово, как сочетательный, условный раздражитель. На целом ряде экспериментальных опытов он и его ученики показали, что условный раздражитель обусловливает реакцию, аналогичную безусловной врожденной.

Работы экпериментально выявили влияние словесного раздражителя на состояние всей вегетативной нервной системы. Они продемонстрировали воздействие словесного раздражителя на степень сонного торможения; были изучены механизмы влияния словесного раздражителя на отдельные органы чувств: на болевой анализатор, слуховой анализатор и др. Особенно интересными и поучительными оказались эксперименты, поставленные для выявления влияния словесного воздействия на водо углеводный обмен; опыты получили свое графическое отображение на диаграммных кривых, которые наглядно демонстрируют „сдвиги“ физиологических процессов организма во внушенном направлении.

В кинотерапии слово, как психотерапевтический фактор, функционирует в двояком плане. Во-первых, как слово самого психотерапевта, слово живого врача, который будет манипулировать с различными психотерапевтическими фильмами. Об этом речь подробнее будет ниже; и во-вторых, слово самой фильмы, слово звуковой кинематографии.

Слово, которое идет с экрана обладает еще большей силой воздействия, чем обычное слово психотерапевта. Слово с экрана может звучать со всякими модуляциями, начиная с тихого шопота, и заканчивая прекрасной песней. Оно может быть исключительно продумано, талантливо сконструировано и замечательно подано зрителю-слушателю.

Оно может быть ярким, врезывающимся в память, запоминающимся надолго.

Оно может быть усилено всевозможными музыкальными эффектами, тональными паузами и графическими акцентами.

Но всего этого мало.

Главное и наиболее ценное отличие слова в кинотерапии, от обычного слова в психотерапии, является тес-

ное сочетание его со зрительными образами фильмы.

Окружающая обстановка кинотерапевтического сеанса максимально благоприятствует восприятию этого слова. Богатейшие возможности открывает в данном направлении материально-техническое окружение звуковой кинотерапевтической кинематографии.

Темный зал. Все погружено во мрак, только кое-где в углу мелькает нейтральный свет, обозначающий вход и выход. В этой тьме происходит своеобразная психологическая подготовка. Зритель знает о демонстрации, зритель ждет ее. Мрак действует на него успокаивающе. И все его внимание сосредоточивается на светлом экране, этом плацдарме кинотерапевтического воздействия.

Слуховые и зрительные раздражители льются с экрана. Будучи, кинотерапевтически обработаны, они производят искомое воздействие, и, наступая на больного, несут ему успокоение, ободрение, исцеление.

Специальная музыка способствует этому. Музыка пронизывает его существо и действует на „каждый нерв". Благотворно влияет она на больного, успокаивает его, заряжает его и бодрит.

Проблема исследования влияния музыки на психику душевно-больного уже давно привлекает к себе внимание врачей.

Еще в 1899 г. Догель выпустил работу под названием „Влияние музыки на нервную систему человека и животных". (Неврологический вестник, том VI, выпуск I—1899).

Вслед за ним, в 1907 г. В. К. Люстрицкий написал исследование на тему о центре музыки. Оно было напечатано в „Обозрении психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии" № 4, 1907. СПБ.

В том же году, в том же номере журнала была опубликована статья Спиртова, И. Н. „О влиянии музыки на мышечную работу". Тот же автор в 1912 г. в 4-м выпуске XIX тома „Неврологического вестника" поместил исследование под названием „Об изменениях характера эвокативных реакций под влиянием музыки".

Этим вопросом активно занимался и В. М. Бехтерев („Обозрение психиатрии, неврологии и экпериментальной психологии —1910"). В этой работе, которая проводилась в 1909 г. в клинике Психоневрологического института указывается, что

применялось лечение музыкой душевно-больных с положительными терапевтическими результатами.

Большую работу на ту же тему („Влияние музыки на душевно больных“, экспериментально-психологическое исследование) провела через 16 лет — в 1925 г. Л. С. Павловская. Поводом к разработке темы послужил факт, который неоднократно наблюдался при проведении систематических концертов и заключался в том, что музыка улучшала нервно-психические состояния больных и успокаивала их. Особенно разительным явился случай выздоровления девочки с эпилепсией под влиянием занятий на рояле.

В связи с этим стали организовываться концерты: исполнялась серьезная музыка: Бетховен, Шопен, Вебер, Бах, Гайдн, Глинка, Чайковский, Мусоргский, Даргомыжский и др. Посещаемость концертов была значительная — 100—130 больных. Автор работы отмечает, что... „из них (т. е. этих 100 больных — *Л. С.*) было намечено 30—40 для лечения с различными формами болезни... Такие концерты никогда и нигде раньше не устраивались“.

По плану автора в процессе исследования были поставлены следующие задачи:

1. Выяснить отношение больных к концертам.
2. Значение их для больничного режима.
3. Изучить влияние музыки на больных.
4. Выработать программу лечебных концертов.
5. Провести для группы больных лечение музыкой.

Уже первые эксперименты выявили с несомненностью положительный терапевтический фактор музыки. Выяснилось, что сами больные относятся со значительным интересом к концертам: они сосредоточенно слушают, обсуждают слышанное, повторяют мотивы, ведут себя спокойнее. Оказалось, что эти концерты благотворно влияют на режим психиатрического учреждения. Особенно положительно они действовали на эпилептиков; они „... всегда охотно приходили и чутко реагировали на исполняемое“.

Для изучения всего комплекса вышепоставленных вопросов над больными производилось экспериментально-психологическое обследование, измерялся пульс и наблюдался Ашнер.

Ввиду значительного интереса проведенной экспериментальной работы, приводим некоторые отрывки из протоколов поставленных опытов.

Опыт 1-й. 31 июля 1925 г. в 2 часа дня во 2-й Психиатрической больнице над 10 больными: эпилепсия — 3, нарко-

мания — 2, раннее слабоумие—5... Были исполнены музыкальные произведения 3-х категорий.

1) Музыка „нейтрального“ характера — симфония Моцарта, 1 часть: 2) музыка грустного содержания: а) ария из оперы „Паяцы“ Леонковалло, б) этюд Шопена, в) „Похоронный марш“ Шопена (название последней вещи больным не сообщалось), 3) веселая музыка: а) увертюра „Абу-Гассана“ — Вебера, б) „Рондо“ — Бетховена. Больные перед опытом были взволнованы, что замечено на основании объективных данных и заявлений самих больных.

...После исполнения симфонии Моцарта наступило успокоение. „Похоронный марш“ вызвал подавленное настроение у всех испытуемых. После исполнения веселых отрывков — настроение повышенное, но исследования этих отрывков не производилось, вследствие усталости испытуемых. Музыка оказывала непосредственное влияние на настроение больных, подчиняя их содержанию исполненного...

Опыт 4-й. 23 августа, в 3 часа дня. Испытуемые те же и 3 новых: 2 с эпилепсией и 1 с маниакально-депрессивным психозом. Исполнено: 1) Отрывок из симфонии Чайковского, 2) „Франческа де Рамини“, 3) Этюд Шопена, 4) Прелюдия—хорал Франка, 5) „Трамвай“.

Пульс у больных эпилепсией	120	132	120
	100	120	124
	90	126	120

Ассоциации у б. ч. больных связаны с больничной жизнью (болезнь, выздоровление, уход из больницы и т. л.). После исполнения „Трамвая“ б-ная Т. сказала: „Бежала бы все скорее и скорее, другая „галоп“. Испытуемая с эпилепсией сказала: „Сегодня я расстроена посещением родных, не могу ни писать, ни думать. Никаких мыслей нет“. После „Трамвая“ сказала: „Дайте бумагу напишу, напишу“; написала воображаемую картину, происходящую в трамвае. Многие смеялись и ушли в хорошем настроении.

Кроме этих опытов было произведено еще 4 опыта (15/VII, 19/VIII, 2 и 16/IX) над теми же больными, которые участвовали в прежних, и над больными: 5 — с маниакально-депрессивным психозом, 3 — в маниакальном состоянии и 2 — в состоянии депрессии, 3 — с эпилепсией, 2 — с ранним слабоумием и с кататонией, 2 — с врожденным тупоумием и 2 — с истерическим психозом, — для выяснения перемены настроения под влиянием музыки. Исполнялись весе-

лые пьесы и грустные, те же или аналогичные пьесам предыдущих опытов. Но исполнялись дольше, целая пьеса, иногда 2 или 3 одного типа. Получались следующие данные, которые изображены в таблице: + означает повышенное настроение, — пониженное, ...означает раздражительность и 0 — отсутствие перемены настроения.

Число знаков — степень наступившего изменения.

	Грустная музыка	Веселая музыка
Эпилепсия	— — —	+ + +
(у одной больной) . . .	— — —	— — — + + +
Истерия	— - —	— — —
Раннее слабоумие . . .	—	+
	— —	+ +
Кататония	+	+
Врожден. тупоумие музыкальн.	—	+ +
Не музыкальн.	0	0
Маниак.-депресс. психоз		
Депрессия	0 0 0	0 0 0
Маниакальное состояние	0 0 0 . . . + + +	0 0 0 . . . + + +

Самая сильная реакция и постоянное подчинение настроения содержанию исполняемых пьес — у эптилептиков, причем у них наблюдалось учащение пульса от 100—130 и больше, похолодание рук, особые ощущения в области сердца, часто слезы, два раза легкий припадок. Иногда настроение менялось не сразу при перемене пьесы, а некоторое время сохранялось прежнее. Настроение маниакально-депрессивных больных в случаях ясно выраженного психоза не менялось, у маниакальных иногда наблюдалась раздражительность. Истерики на все реагировали повышением своего настроения. Больные с преждевременным слабоумием обнаруживали слабую реакцию, но соответствующую исполняемому. Кататоники производили однообразные движения: один вращал головой и глазами по направлению к двери, другой—барабанил по столу пальцами; оба стереотипно улыбались. Тупоумные, не музыкальные совсем не реагировали на музыку; музыкальные давали реакцию нормальную, но слабо выраженную; один приходил надолго в оптимистическое настроение: любит просить что-либо, до опыта он просил кусок бумаги, а после опыта—рояль.

На основании всего материала и проделанной серии экспериментальной работы, автор приходит к следующим важным, с нашей точки зрения (в плане нашей проблемы) выводам:

1. Музыка в форме серьезных систематических концертов оказывает хорошее влияние на условия и быт больных психиатрической больницы.

2. Она оказывает влияние на настроение и направляет ассоциации (вытеснение комплексов).

3. Влияние музыки может быть приравнено к психотерапии.

4. Больше всего подчиняются влиянию музыки эпилептики и меньше всего маниакально-депрессивные больные.

5. Возможно, что музыку можно будет применять для того, чтобы разряжать тяжелое и опасное состояние эпилепсии перед припадками или при эквиваленте, вызывая припадок. Известно, с каким страхом, иногда суеверным ужасом многие относятся к эпилептикам; конечно, вызывают его не самый припадок, безопасный и небезобразный приступ судорог, а связанное с ним тяжелое психическое состояние, нередко сопровождаемое буйством или даже преступлением. Если бы можно было разрежать тяжелые состояния эпилепсии, вызывая судорожный приступ (хотя бы музыкой), то это радикально изменило бы судьбу эпилептиков: они могли бы оставаться в обществе (без изоляции) не причиняя вреда окружающим.

6. Музыка может оказывать действие при продолжительном и цельном исполнении произведений; отдельные же отрывки, аккорды и ноты влияния не оказывают.

7. Действие, главным образом, оказывает выражение эмоций как музыкальных произведений, так и исполнителя". (Разрядка всюду наша. — Л. С.).

В плане нашего исследования, экспериментальный материал и выводы Л. С. Павловской представляют значительный теоретический и практический интерес.

Во-первых, мы полагаем, что небольшой контингент больных (отсутствие длительных, массовых наблюдений) с одной стороны и сложность организации в обычной обстановке психиатрической больницы серьезных систематических концертов обусловило недостаточность выводов автора в смысле их глубины. На основании имеющегося в нашем распоряжении материала наблюдений над влиянием музыки на психических больных можно утверждать о более сильном и глубоком воздействии музыки.

Однако, практика повседневной работы во всех психиатрических учреждениях показывала почти абсолютную невозможность систематического обслуживания больных музыкой, как лечебным фактором.

Только с наступлением эры звуковой кинематографии, ее продвижением в стены психиатрических заведений, можно действительно поставить вопрос о серьезном внедрении музыки, как мощного терапевтического средства воздействия.

По глубине своего влияния это средство сильнее и впечатлительнее обычной концертной музыки, ибо оно, включая и растворяя в себе музыку, имеет и содержит в себе еще, целый ряд других ингредиентов, о которых мы уже говорили выше и, которые действуют активизирующе на лечебную значимость новой методики.

С приходом в психобольницы звуковой кинематографии, музыка (все музыкально-ценное наследство) получит самый широкий доступ в аудитории больных. Столичные психобольницы не будут иметь привилегий обслуживания лучшими музыкантами и артистами страны. Последние своей игрой станут доступными всем больным, находящимся даже в больницах далекой периферии. Будучи зафиксированы на кинематографическую пленку, они смогут достигнуть самой отдаленной аудитории больных, и будут оказывать то терапевтическое воздействие, которое несут в себе.

Музыка в фильме начинается с увертюры. Она подготавливает почву. Затем на экране появляется фигура психотерапевта. Это обычно известный ученый.

На экране зритель-слушатель видит его в разных планах — в общем, когда он стоит во весь рост или сидит, в укрупненном, когда видна лишь верхняя часть его тела и в очень крупном, когда производится система постепенных увеличений его лица.

Вот лицо заняло весь экран. Лицо расширилось еще больше — лоб и подбородок ушли из кадра. На экране осталось только переносица и глаза. Огромные глаза на весь экран. Глаза добрые, успокаивающие, бодрящие, фиксирующие, повелевающие. Психотерапевт молчит, звучит музыка тихая, еле слышная, но успокаивающая и бодрящая музыка.

Психотерапевт заговорил. Еще тише зазвучала музыка. Ее почти не слышно. Где-то там вдали приятно журчит она. А на ее фоне все громче и громче раздается голос психотерапевта. Все звонче и звонче модулирует его речь: льется плавно медленная, убедительная, мягкая, и такая приятная. Она проникает в глубины сознания. Чувство общего успокоения охватывает зрителя. Легкая сонливость обволакивает его сознание. Но, нет, он не спит. Он слышит экран, — но все остальное выключено. Он видит экран — воспринимает его образы. Тяжелые, весомые слова падают с экрана и западают ему „в душу“. Растет у него ощущение силы, бодрости, успокоения. Ему стало лучше. Он чувствует себя крепче. Он помолодел.

Одновременно и другие компоненты кинотерапии воздействуют на зрителя. На экране появляются графические мультипликационные схемы. Это разнообразные расходящиеся линии, круги, фигуры, уходящие куда-то в бесконечность, воздействующие так успокаивающе; они сопровождаются музыкой и параллельно на музыкальном фоне звучит плавная, богатая модуляциями речь психотерапевта.

Различные световые комбинации действуют в том же плане, усиливая общее впечатление бодрости и успокоения, отдыха и зарядки. Чередование света и тени, световая акцентация важных моментов, прояснение и затемнение экрана — все это действует в том же плане, сочетаясь с другими компонентами, органически вплетаясь в их структуру, до максимума усиливая всю сумму психотерапевтического воздействия.

Различные комбинации звуковой кинотерапии „плывут“ перед аудиторией — это сложная цепь звучаний и образов: врач, музыка, зрительные образы, удары метронома, гонг и т. д.; словом все многообразие, богатейшей, технически оснащенной кинематографией психотерапии — это и есть кинотерапия.

Режиссер научно-педагогической кинематографии Ю. Е. Геника сделал опыт постановки такой кинотерапевтической фильмы.

Первая тема в этом плане, которая привлекла его внимание была борьба с табакокурением. Его заинтересовала проблема кинотерапевтического отображения психотерапии, направленной против никотинного отравления.

Под руководством Института Невропсихиатрической профилактики НКЗ при научной консультации Ю. В. Каннабиха и А. М. Рапопорта, и ближайшем участии А. О. Эдельштейна и нашем, был проработан первый кинотерапевтический сценарий под названием „Я не хочу курить“ (автор Ю. Е. Геника). Фильма была рассчитана, как звуковая, с общей протяженностью в две части.

В своей объяснительной записке, приложенной к сценарию, режиссер следующим образом сформулировал задачу будущей кинотерапевтической картины:

„1. Эта фильма намечена, как экспериментальная работа, ставящая задачу использования кинематографа, как непосредственного лечебно-медицинского воздействия при помощи гипноза на зрителя-слушателя, воздействия, предпринимаемого в первую очередь в области наркологии“.

План сценария был составлен на основе следующей схемы:

Часть I

а) Концентрация внимания зрителя, с одновременной фиксацией этого внимания на специфическом материале фильмы №№ 1—12.
б) Предварительное разъяснение и подготовка появления профессора-психотерапевта № 13.
в) Сеанс гипноза курильщиков с предварительным разъяснением вреда курения и последующим императивным закреплением в сознании курильщиков отказа от курения. Этот сеанс производится с целью предварительного показа лечения гипнозом, для убеждения в пользе гипноза и с главной целью эмоциональной подготовки зрителя-слушателя для более быстрого последующего воздействия на его самого №№ 14—43.

Часть II

г) Показ пробуждения загипнотизированных на экране с целью разрушения у зрителя-слушателя опасений — не проснуться или повредить себе гипнозом. №№ 44—50
д) Усыпления зрителя-слушателя. №№ 51—53.
е) Внушение о вреде никотина и отказа от курения. № 54.
ж) Пробуждение заснувших и заключительное обращение гипнотизера к публике с концовкой, фиксирующей зрителя-слушателя на спокойствии. Продолжительность фильма, принимая во внимание определенные сроки подготовки и затем прямого воздействия на зрителя, определяется ориентировочно в 12 минут для первой (подготовительной) части и 11 мин. 20 сек. для второй части, а всего 23 мин. 20 сек. при длине фильмы 700 метров.

Уже в варианте плана режиссером и его научными консультантами был использован весь богатый арсенал средств, которыми потенционально располагает кинотерапия. Музыка за-

няла большую органическую часть. Структура ее мелодий, их психологическое воздействие были тщательно продуманы. Большой обработке подвергалось слово - речь психотерапевта. Каждая фраза имеет определенный смысл. Одна фраза следует за другой в строго-логическом порядке. Составлены они убедительно, веско, успокаивающе, ободряюще. Различные акценты повышения и ослабления голоса психотерапевта усиливают впечатление. Различные геометрические фигуры несут определенную физиологическую нагрузку раздражителей успокаивающего характера. И над всем этим возвышается авторитетная фигура психотерапевта, подаваемая в планах различной величины, убеждающая и агитирующая.

Приводим сценарий:

„Я НЕ ХОЧУ КУРИТЬ"

План съемок звуковой фильмы в 2 частях

Часть I

1. Темнота. Через 6 секунд — сильный удар гонга и затем пауза — 4 секунды. Наплыв.
2. Из наплыва. На совершенно темном фоне появляется легкое кольцо табачного дыма, расплывается, вслед за ним так же мягко плывут второе, третье, четвертое кольца. Появляясь одновременно с первым кольцом, незаметно с пианиссимо пиано возникает музыка.
   Со вторым и следующими кольцами она постепенно усиливается до пиано и на crescendo идет наплыв (на пятом кольце).
3. Из наплыва. На той же мелодии (мелодия № 1) появляется рука мужчины, держащая курящуюся папиросу. На растущем crescendo — наплыв.
4. Из наплыва. На той же мелодии (меццо-форте) появляется рука женщины с папироской.
   Наплыв на продолжающемся crescendo.
5. Из наплыва. На той же растущей мелодии — третьей экспозицией (в комбинированном кадре) возникает рука старика с дымящейся трубкой. Наплыв.

6 — 10. Из наплыва в наплыв на растущей музыке от меццо-форте до фортиссимо группами — одна за другой в комбинированном кадре возникает много рук, рук мужских и женских, старых и молодых, рабочих и холеных.
Они заполняют экран, и дым от папирос, трубок, козьих ножек и сигар переплетается, перепутывается. Дойдя до апогея, на фортиссимо-тутти — музыка вдруг сразу обрывается. Остаются в беззвучии одни руки и дым.
Пауза — секунды 4. Медленный наплыв.

11 — 12. Из медленного наплыва возникает одна маленькая рука ребенка с курящейся папиросой. Пауза.
Вдруг сразу на фортиссимо-тутти — несколько яростных взрывов в музыке. На одном из средних аккордов оркестра начинает исчезать рука ребенка и последние аккорды приходятся на темноту.

Наконец, последний аккорд обрывается. Пауза в темноте — секунд 6
Сильный удар гонга.
Тотчас наплыв.

13. Из наплыва. На полной паузе появляется человек (первый план). Человек смотрит прямо на публику. Некоторое время он спокойно смотрит перед собой, рассматривает сидящих в разных концах зала. Затем он начинает говорить публике: „Курильщиков очень много. Миллионы людей ежедневно принимают яд, заключающийся в табаке и называющийся никотином. И принимают курильщики этот яд совершенно добровольно. По своей доброй воле они изо дня в день — медленно, но верно, разрушают свое здоровье. Многие из них сознают это и хотят бросить курить, но... не могут. На то, чтобы начать курить у них хватило своей воли, а, чтобы бросить — нехватает. Нужно им помочь.
И есть такая помощь — это гипноз. Следите внимательно, как мы будем лечить гипнозом курильщиков. И в особенности внимательно следите — „курильщики".
Замолкает, рассматривает сидящую в зале публику. Затемнение.

14. Из темноты.
Сидящие полукругом курильщики (человек 10—15). Пауза. Из кадра слышится голос:
„До того как я вас загипнотизирую..."
Переход панорамой на профессора-гипнотизера. Профессор продолжает.
„...Я кратко повторю вам — почему не следует курить"...

15. Продолжает голос профессора:
„Содержащийся в табаке яд-никотин поражает нашу сердечно-сосудистую систему..."

15. Группа слушающих курильщиков.

16. Продолжает говорить профессор —
„то-есть бесчисленное множество..."
Повторяет голос профессора:
„...бесчисленное множество сосудов крупных, мелких, и мельчайших, снабжающих наше тело кровью.
Все эти сосуды связаны вместе в одно целое — кровеносную систему, где сердце играет роль насоса, проталкивающего кровь по всему телу".

17. Из наплыва. Мультипликационный рисунок сердечно-сосудистой системы человека. Выделяются жирно-крупные сосуды. Выделяются мелкие. Выделяются капилляры. Побежала по сосудам кровь. Выделяется работающее сердце. Движение по всей системе.

18. Говорит профессор за кадром:
„Вот на эту сердечно-сосудистую систему и действует, главным образом, яд-никотин, вызывая очень распространенную болезнь — артериосклероз, то есть сужение (склероз) кровеносных сосудов (артерий)".
Слышится голос профессора:
„Артериосклероз вызывает плохое питание нашего тела кровью и ведет к понижению работоспособности, преждевременной старости и, иногда, к внезапной смерти (апоплексический удар)".

19. Слушает одна группа курильщиков.

20 Другая группа курильщиков.

21. Третья группа.

22. Профессор с затылка и слушающие его курильщики.

23. Говорит профессор:

„Итак, за сомнительное „удовольствие" курения люди расплачиваются сокращением своей жизни и одряхлением".

Слова „и одряхлением" идут в наплыве на № 24.

24—28. Из наплыва в наплыв.

Типы курильщиков — артериосклеротиков с явлениями преждевременного одряхления. Они появляются один за другим под музыку — начала части (мелодия № 1). Музыка звучит тускло и однообразно, внезапно обрываясь на конце куска с ударом гонга.

29. Слушающие профессора курильщики. Пауза.

Слышится голос профессора:

„Теперь спокойно".

30. Курильщики и профессор на общем плане. Профессор (стоящий перед курильщиками) принимает совершенно неподвижную позу.

Невольно подчиняясь ему, замирают и курильщики.

31. На среднем плане.

Профессор начинает говорить очень размеренно под мягкие удары гонга, повторяющиеся через каждые 2 секунды:

„Я начинаю гипноз. Вы сейчас заснете гипнотическим сном. Вы будете слышать мой голос, но не будете в состоянии двинуться, не сможете произвести движения".

Наплыв.

32. Из наплыва.

Лицо профессора, говорящего, не останавливаясь, под тот же гонг:

„Не бойтесь. Это совершенно безвредно. Не сопротивляйтесь внушению, которое делается..."

Наплыв.

33. Из наплыва средний план профессора с курильщиками.

Профессор также продолжает:

„Для нашей же пользы. Будьте покойны.

Гипнотический сон — хороший отдых.

Сложите руки на груди крестом (курильщики начинают складывать руки) и смотрите на меня".

Пауза.

Гонг продолжает мерно отбивать удары.

34. Лицо профессора.

Говорит под тот же гонг.

„Я буду считать до десяти. Уже скоро вы почувствуете сильную усталость, сонливость и ваша голова откинется назад".

Наплыв.

35. Из наплыва. Лицо профессора очень крупно. Не прерывая своей речи, под гонг, говорит:

„А теперь спать, спать, спать". Раз. Два.

(При первом счете вместо гонга — одновременно со счетом — в тот же темп вступает метроном, резко отчеканивая удары). Три. Четыре.

Наплыв.

36. Из наплыва второй экспозицией гипнозитируемые.

Профессор продолжает счет.

„Пять, шесть, семь, восемь, девять, десять" и далее остается одно сухое щелканье метронома.

Наплыв.

37. Из наплыва исчезает лицо профессора и остаются засыпающие гипнотизируемые. Одновременно начинает слышаться приглушенная

однообразная музыка (мелодия № 2 на 2, 3 нотах). Метроном продолжает работать.

38. Продолжение, но с другой точки зрения. Все засыпают. Примерно на 15 ударе метронома, профессор поворачивается на аппарат и

39. ...обращается (на другом крупном плане) к публике:

„Смотрите, у них не появляется никакого намерения изменить позу. Сейчас они повинуются моей воле. В таком состоянии они выполнят мое внушение".

Оборачивается опять к гипнотизируемым.

40. Профессор в другом раккурсе.

Повернулся и, обращаясь вбок за кадр, начинает говорить:

„Никакого непреодолимого влечения курить — у вас больше нет. Сколько бы лет ни продолжалась у вас привычка — курить — она сейчас разрушена".

41. Продолжает голос:

„Вам, спящие гипнотизируемые, не хочется больше курить. Ни запаха дыма, ни вид курящего человека, ни предложение папиросы—на вас не действуют".

42 Продолжает профессор:

„Кроме того у вас имеется стойкое, твердое решение — бросить курить — для того..."

Продолжает голос:

...чтобы быть здоровыми, выносливыми и трудоспособными".

Пауза.

Вступает музыка (мелодия № 2). Одновременно с замиранием музыки при окончании музыкальной фразы, затемнение.

43. Спящие гипнотизируемые.

Часть II

44. Из темноты.

Спящие гипнотизируемые (№ 43). Пауза.

Переход панорамой на профессора. Пауза.

45. Профессор начинает говорить:

„Пора пробуждаться".

Вступает музыка на новой мелодии (№ 3) построенной на мажоре и в движении.

Профессор продолжает под растущую на небольшом crescendo музыку:

„Я досчитаю до пяти и вы откроете глаза.

Никакой сонливости и слабости не будет и вы спокойно уйдете домой.

Итак, раз, два, три, четыре, пять".

46. Гипнотизируемые начинают просыпаться.

47. Профессор обращается к ним:

„Ну, как вы себя чувствуете?"

48—50. Курильщики и профессор. Курильщики один за другим отвечают ему, что самочувствие у них хорошее.

51 Профессор слушает их, затем поворачивается на публику и молча смотрит на разные концы зала.

Медленный наезд на профессора до первого плана.

Остановка. Пауза.

Наконец профессор говорит:

„А теперь попробуем с вами. Кто из вас также желает подвергнуться лечению гипнозом, пусть скрестит руки на груди и поэтому признаку я узнаю—кто хочет бросить курить".

Осматривает внимательно публику. Останавливает взгляд посередине. Одновременно раздается первый удар гонга, повторяясь затем через каждые 3 секунды. С третьего удара гонга вступает заглушенная музыка (мелодия № 2).

Выждав еще три удара гонга профессор начинает говорить.

„Помните, что гипнотический сон это отдых.
Усядьтесь удобнее, постарайтесь ни о чем не думать, отрешитесь от всех ваших забот, смотрите на меня. Вы слышите музыку и легкие удары гонга.
Вам хорошо и спокойно.
Вы теперь отдыхаете.
На окружающее вы не обращаете внимания".

Наплыв.

52. Из наплыва. В кадре на темном фоне—по бокам около головы профессора—начинают появляться движущиеся комбинации различных геометрических фигур, выполненные мультипликацией.

В ритм музыке и в темп ударов гонга эти фигуры, то делаясь безфокусными и еле видными, то снова проясняясь, двигаются, правильно-однообразно повторяя свои движения.

Совершенно в ритм музыке и движению этих фигур продолжает профессор ясно и четко, но монотонно не повышая и не понижая голоса, свою речь:

„Чем дольше вы слышите музыку, мерные удары гонга и мой голос, чем больше вы видите меня и эти фигуры, тем больше вы успокаиваетесь.
Глаза ваши утомляются, утомляется ваш слух и это утомление передается по всему вашему телу.
Вам дышется спокойно и легко, сердце бьется равномерно.
Нет нигде никаких неприятных ощущений.
По телу начинает разливаться приятная слабость.
Начинают тяжелеть руки и ноги, что бывает всегда, когда хочется спать.
Тяжелеют веки—они смыкаются. Мысли
начинают путаться. Вам—
Вам спокойно.
Ничто вас не волнует.
У вас нет никаких желаний, стремлений.
Вам хочется спать. Вы засыпаете.
Вы не в состоянии бороться с дремотой.
Вы не в состоянии двигать ни одной частью вашего тела".

Наплыв.

53. Из наплыва пропадают фигурки, а гонг заменяется метрономом.

Аппарат начинает очень медленно наезжать на профессора.

Он же, не прерывая своей речи, продолжает:

„Веки ваши слипаются... Они слиплись...
Вы не можете их поднять... Вы засыпаете...
Вы спите, спите, спите..."

При переходе на движение музыка начинает еще более часто повторять однообразные фигурации мелодии и профессор дает свои реплики в строгом соответствии с повторением этих фигураций.

Конец последней реплики совпадает с остановкой аппарата, фиксируя очень крупно лицо профессора.

После небольшой паузы вслед за последней репликой профессор начинает считать до десяти одновременно с ударами метронома—через каждые 2 секунды.

При этом, начиная с третьего удара и счета, свет, освещающий лицо профессора, то начинает тускнеть, то вновь доходит до нормальной силы—примерно чередуясь через каждые 2 секунды (т. е. через 4 секунды).

На последних двух цифрах счета (9—10) свет меркнет до полной темноты и в темноте только еле слышна монотонная музыка (та же мелодия № 2) и удары метронома.

Всего так проходит ударов 8 (16 секунд).

54. Из темноты после паузы секунд 6 начинают быть видимы одни глаза очень крупно.

Голос профессора—очень размеренный и монотонный говорит:

„В наш век великой социалистической стройки вы все должны быть возможно более выносливыми, как можно дольше работоспособными.

Вы должны быть здоровыми.

Вы никому и ничему не можете позволить ослабить себя.

Вы не хотите курить.

У вас сильная твердая воля и вы окончательно решили больше не курить.

Никогда и нигде. Вам противен вкус табака, противен запах дыма, курение вызывает у вас отвращение."

Лицо профессора начинает все более и более освещаться и одновременно вступает музыка (мелодия № 3), все более разрастаясь в объеме и силе звука.

Наплыв.

55. Из наплыва. Первый план—профессора, смотрящего на публику.

При достижении нормы света музыка перестает увеличиваться и наконец обрывается на заключительном аккорде.

После короткой паузы профессор говорит:

„Давайте пробуждаться. Вы хорошо отдохнули и прекрасно себя чувствуете.

Давайте откроем глаза. Раз, два, три, четыре, пять".

56. Отъезд профессора до общего плана.

Остановка.

Профессор продолжает.

„Вы теперь опять видите меня. Ничего не изменилось.

Вы отсюда уйдете в таком же нормальном состоянии в каком и пришли сюда".

57. Лицо профессора.

Продолжает говорить:

„Итак—будьте спокойны, идите домой и если почувствуете некоторую сонливость, то лучше всего—ложитесь спать и хорошенько выспитесь.

Вы здесь уже немного отдохнули, укрепили свои нервы.

Можете закрепить это более продолжительным отдыхом".

58. Небольшая пауза. Незаметно вступает тихая музыка (мелодия № 3), и профессор заканчивает под нее:

„И помните ваше твердое решение—не курить.

Помните, что яд никотина подрывает ваше здоровье.

А мы должны бережно сохранять свои силы, чтобы увеличить долю нашего участия в строительстве социализма!"

Музыка идет на crescendo, а лицо профессора уходит в медленное затемнение.

В музыке вырастает спокойная уверенная и бодрая тема (№ 4), заканчивая картину.

По объективным обстоятельствам сценарий „Я не хочу курить“ не был реализован. Однако это не меняет положения вещей. Кинотерапевтическое оформление темы противокурения не снято с повестки дня. Она продолжает оставаться актуальной. Проблема ее экраинизации это — ближайшая задача и притом безотлагательная, учитывая огромную распространенность табакокурения и его социально-гигиеническую вредность.

Проанализируем принципиальные установки методики подачи материала этого литературного кинематографического произведения. Кроме всех тех ингредиентов, о которых подробно мы говорили выше, здесь внимание фиксируется на новых элементах, имеющих методическое значение. Первый — это ритм вещи. Проблема ритма является одной из наиболее актуальных в общей системе композиционной структуры кинематографического произведения.

Ритм — это основной стержень композиции. Его ускорение или замедление, его консервация на известном этапе, его перерывы — все это явления большого психологического воздействия.

Ускорение ритма обычно соответствует нарастанию драматургического действия, нарастанию драматических ситуаций.

Ускорение в убыстряемом темпе ведет к кульминационному пункту развертывания события. Все излишнее на этом пути уничтожается, остающееся доводится до минимума. Штиндт так и говорит: „Сгущение и собирание материала в один кулак — способ повышения ритма“.

На это значение ритма указывает Г. И Маркелов (Одесса) в своей работе „Рефлексы ритма“. (Сборник, посвященный Владимиру Михайловичу Бехтереву к 40-летию профессорской деятельности—1885—1928 г., стр. 125). В этом исследовании он пишет:

„Ритмические действующие факторы обладают специфическими особенностями, вытекающими из самой природы ритма, как закономерной формы движения или сочетания нескольких элементов, резко отличающими их от раздражителей неритмического характера. В то время, как и одиночные раздражители, и многократно повторяющиеся, но не стоящие

друг с другом в закономерной, свойственной ритму, связи, отличаются узко ограниченным действием, раздражители ритмически сочетанные в процессе движения приобретают особые качества, усиливающие их действие и расширяющие сферу влияния последнего". (Курсив наш.—Л. С.)

В жизни и работе, как отдельных индивидуумов, так и коллектива в целом, ритмически организованные процессы труда и быта, имеют выдающееся значение.

Автор отмечает, что „ритмические стимулы оказывают свое действие на человека уже с первого дня его жизни, можно сказать, что на первых порах только с помощью ритмики и удается воздействовать на него... ребенка ритмически качают в колыбели или колясочке, при этом баюкают, поют монотонные, но строго размеренне колыбельные песни, соединяя легкое покачивание с звуковым ритмом". (Разрядка наша.—Л. С.)

Психологи детского возраста неоднократно подчеркивали, что дети очень чутки к музыке, в которой они прежде всего и по преимуществу ухватывают процессы ритма, т. н. ритмические ударения.

Переходя ко взрослому возрасту, мы на основании данных экспериментальной психофизиологии, знаем, что ритмические раздражители обусловливают самые разнообразные реакции в организме (сосудистые, секреторные, двигательные и т. д.). Мы наблюдали сдвиги в пульсовой волне, в кривых дыхания, мышечного тонуса, функции двигательных механизмов.

Ссылаясь на В. М. Бехтерева, автор считает, что способность человека отвечать на ритмические ударения определенным реакциям является его врожденным биологическим свойством.

Отсюда становится понятным, что при различных нервно-психических заболеваниях мы можем встречать расстройства ритмообразования и ритмоулавливания у больных. Так при шизофрении и эпидемическом энцефалите, часто можно проследить расстройства ритмики, с большими или меньшими нюансами. Автор указывает, что больные шизофренией в своем композиционном творчестве, равно как и при музыкальном исполнении, выявляют расстройства ритмизации. Он ссылается на Лангелюддеке (Langeluddeke), который подчеркивал, что

у таких больных теряется динамический и агогический акцент. Отсюда становятся понятными те наблюдения, во время которых у больных замечается одинаковое выполнение разных частей такта. У таких больных исполнителей — нет акцентации в тактах. Все выполняется с какой-то странной монотонностью: Лангелюддеке расценивает такие проявления, как расстройства ритмики, и связывает их аффективными аномалиями. И Маркелов пишет:

„Аффективная восприимчивость сохраняется ими, но не ритмизируется, не акцентируется, а выливается в одинаковые формы, как по отношению к важному, так и по отношению к безразличному".

В качестве примера он берет эпидемического энцефалитика. Здесь с максимальной наглядностью можно проследить, как расстраиваются почти все процессы, ритмически протекаемые: сон, речь, походка. Изучая все эти разнообразные расстройства он приходит к выводу, что „вся органическая жизнь проникнута ритмикой, как биологическим принципом экономии сил. Клетка живет своим ритмом. Из клеток образуются ткани и органы, живущие уже иным, более сложным, свойственным им ритмом. Но и клетки, и ткани, и органы, кроме своих собственных ритмов, знают еще и ритм всего организма, как целого. Организм участвует, таким образом, в ряде различных ритмов, вибрирует в нескольких ритмических планах, причем любой из элементов его структуры живет и ритмом отдельной части, и ритмом более сложного комплекса, и ритмом всего замкнутого целого. Этот биологический ритм и является той основой, на которой под воздействием внешних и внутренних ритмических стимулов в условиях адаптации зиждется вся сложная сочетательно-творческая деятельность нервной системы".

Это положение может получить выдающееся значение в проблеме кинотерапии. Как известно, всякая фильма строится на определенном ритме. Этот ритм по желанию созидателей картины, режиссера и оператора, может быть произвольно изменяем, сдвигаем, смещаем. При углубленном научно-экспериментальном подходе в изучении различных сторон и вопросов в сложной проблеме кинотерапии, можно добиться таких данных, которые позволят с большой планомерностью, научно-обусловленной, влиять на ритмизацию в желательном направлении продуцируемых звуковых кинофильм. Звуковой ритм

кинопроизведения слагается из разных факторов. Большое место в нем занимает музыка с ее специфическим музыкальным ритмом. Работы Гиршмана, Рейца поставленные у Бехтерева, доказали, что воздействие музыкального ритма на двигательную сферу обусловливается тем, что в движении лежит скрытый ритм, созвучно отвечающий на музыкальный.

Это открывает большие кинотерапевтические возможности. Работы, вышедшие из лабораторий И. П. Павлова, в частности Бурмакина и Тихомирова, показали, что можно выработать условный рефлекс, как на любой звук, так и на его силу.

Суммируя основные выводы своей работы, Г. Н. Маркелов замечает:

„Ритмические импульсы, действуя на эмоционально-эффективную сферу, вызывают к жизни те палеопсихические реакции, которые обладают свойством активировать деятельность коркового аппарата.

В зависимости от структуры и функциональной вместимости последнего, ответные реакции могут в одних случаях, напр., у детей, примитивных народов, ограничиться простым повторением ритмических раздражителей, подражанием (эхолалия, эхопраксия), сохраняя характер примитивного рефлекторного отражения, в других же, благодаря включению в рефлекторную дугу новых компонентов — неопсихических, — могут вылиться в активный творческий процесс, в формы, далекие от тех безусловных рефлексов, которые лежат в основе самого существования их. Реальным субстратом этого творческого процесса служит подкорковый рефлекторно-автоматический механизм, физиологическая природа которого носит все особенности безусловных рефлексов или инстинктивных актов. Кора же с ее условными рефлексами в этой сложной творческой работе представляет собой лишь специальный рабочий орган, который, раскачивая волну, идущую из подсознательной сферы, и помогая ей развить всю таящуюся в ней энергию, выливает содержание ее в неопсихические формы“. (Разрядка наша. — Л. С.)

При изучении вопросов ритма в проблеме кинотерапии, следует учитывать, что ритм кинопроизведения, как целого, всегда шире и глубже ритма его звуковых (в том числе и музыкальных) компонентов.

Ибо кроме ритма звука, каждый фильм содержит еще в себе специфический ритм зрительных образов (кадров) и

ритм ведущей линии кинопроизведения—кадровый и внутрикадровый монтаж.

В итоге, в своем суммарном воздействии все эти ритмовые элементы сливаются в одном громком ударении— в одном сплошном ритмическом звучании, образуя и формируя психотерапевтический фактор большой лечебной мощности.

Ритм сценария: „Я не хочу курить“ определяется спецификой его природы.

Это тип научно-популярной фильмы.

Она строится на бессюжетной основе.

Отсюда и определенная ритмическая закономерность ее стиля.

Это—спокойный, ровный, выдержанный в едином плане ритм.

Это—ритм научно-популярной лекции. Это местами несколько замедленный ритм, действующий успокаивающе на больного, влияющий ободряюще. Некоторое ускорение ритма дает музыкальная концовка, мелодия которой идет на crescendo. В этом усилении и ускорении ритма—в музыке вырастает спокойная и уверенная тема, заканчивающая картину.

Ритм кинопроизведения обусловливается его монтажной структурой. Различная протяженность и последовательность кадров создает эту ритмическую нагрузку вещи. По ходу вещи, в связи с ее смысловой нагрузкой, как известный прием повышенного психологического воздействия применяется метод так называемого ударного места.

Такое ударное место обычно явно выделяется в общей системе ритма. Изменение ритма ведет к изменению восприятия. Это повышает эффективность последнего.

Ударные места заостряют внимание, поднимают его активность. Такие ударные места, работающие в вышеобрисованном плане встречаются в этой кинотерапевтической вещи.

На ряду со спокойным эпическим ритмом научно-популярного произведения встречаются акценты, повышающие внимание, усиливающие восприятие, поднимающие активность. Примером может явиться хотя бы та часть 54-го монтажного куска, в котором лицо профессора начинает все более и более освещаться и одновременно вступает музыка (мелодия № 3), все более разрастаясь в объеме и силе звука.

Переходим к другому элементу методики подачи материала данной сценарной композиции.

Это крупные планы в структуре композиции сценария. Пример: кадр № 35. Лицо профессора очень крупно.

Само время в этой вещи дается сжато. На коротком отрезке запроектирован сгущенный, насыщенный материал. Его приходится подавать по-особенному. Время здесь „работает" своеобразным крупным планом.

Чисто технические, в кинематографическом смысле, приемы работают в ту же сторону усиления впечатляемости всей композиции в целом.

Мы встречаем здесь ряд приемов: наплывы, затемнение, отъезды и др. Это имеет и свое теоретическое значение, равно как и психологическую оправданность. Изменение освещения в различных частях сценария, является с одной стороны приемом активизации внимания, а с другой—способом лучшего осмышления вещи в целом и взаимоотношения ее отдельных частей.

И, наконец, нам неоходимо подчеркнуть в структуре вещи прием мультипликации. Пример: в кадре 52—из наплыва—в кадре на темном фоне—по бокам около головы профессора—начинают появляться движущиеся комбинации различных геометрических фигур, выполненные мультипликацией. В ритме музыки и в темпе ударов гонга эти фигуры, то делаясь бесфокусными и еле видными, то снова проясняясь, двигаются, правильно-однообразно повторяя свои движения.

Это есть определенный прием включения дополнительного физиологического раздражителя, долженствующего усилить основные факторы воздействия на психику.

При правильном его применении, он является приемом значительной силы в сторону повышения торможения высшей нервной деятельности.

Несколько слов надо также сказать и о раккурсах (точки зрения объектива аппарата). Пространство локализуется раккурсом. Отношения к явлению до известной степени также определяется раккурсом. Иной раз раккурс берет на себя и символическую нагрузку. Запроектировки раккурсов в сценарии „Я не хочу курить" работают в том же плане, как и весь проект фильмы. Вещи берутся в своих нормальных отношениях. Аппарат подъезжает к явлениям почти вплотную.

Крупный план фукционирует с полной нагрузкой. Это усиливает вещь, повышает ее психотерапевтическую значимость.

Кинотерапия, как массовая, коллективная методика

Последнее, на что мы хотим обратить внимание в данном разделе, это—массовость применения кинотерапии, как лечебного фактора. Обычная психотерапия,

в большинстве случаев применяется индивидуально. Врач и больной встречаются один на один. Врач индивидуально „обрабатывает" каждого больного. Это требует много времени и энергии. При индивидуальном подходе не используется так называемая индукция, т. е. возможность коллективного психотерапевтического воздействия лечебных эффектов терапии больных друг на друга.

Веттерстранд (Vetterstrand) с успехом применял в своих психотерапевтических сеансах массовое усыпление. Он разработал методику коллективной гипнотерапии.

Куэ (Coué) еще шире применял массовую психотерапию, причем проводил ее в бодрствующем состоянии. Он собирал в одной зале до 150 человек. Усаживал их в удобные кресла. Затем читал им лекцию о мощном воздействии психики на соматику.

После лекции сидящие больные закрывают глаза а руководитель сеанса и его помощник обходят больных и шепчут каждому на ухо формулу внушения. Сам больной повторяет ее мысленно 10—15 раз. Затем они открывают глаза — сеанс окончен.

У нас Бехтерев первый стал применять коллективную психотерапию для лечения наркоманов.

В настоящее время этот метод коллективной психотерапии применяется в наркологических учреждениях, особенно по линии борьбы с табакокурением. Выработалась специфическая методика прозедения суггестии, которая заключается в том, что читается лекция о вреде табака и затем делается внушение. Весь сеанс проводится в бодрствующем состоянии.

Кинотерапия, как раз и является наиболее совершенным методом коллективной психотерапии. Одной из отличительных черт киноискусства всегда являлась его массовость. Кинематография—самое массовое искусство, рассчитанное на сотни миллионов людей. Эта специфика кинематографии находит свое отражение и в специфике кинотерапии. Последняя является самой массовой формой психотерапии, могущей обслуживать одновременно большие коллективы больных.

□

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДИКИ И ПРАКТИКИ КИНОТЕРАПИИ.

Сфера применения кинотерапии

Влияние измененной эмоциональной сферы на нервно-психическую заболеваемость изучено в достаточной степени.

Опыты Кеннона и др. убедительно показали, что искусственно вызываемые и изменяемые эмоции, обусловливают количественные и качественные сдвиги в химизме крови, меняют ее солевой состав, влияют на отдельные системы органов, в частности на железы внутренней секреции и симпатическую нервную систему.

Различные эмоции по-разному оказывают свое действие на организм. Решающим является обусловливаемый ими тонус. Положительные эмоции тонизируют организм—отрицательные угнетают его. Рефлекторно это сказывается на всех органах и функциях человеческого тела.

Убедительны опыты Фере, который изучая влияние страха на процессы понижения сопротивляемости организма в отношении бактерий, устрашал различных животных в продолжение длительного времени и затем находил при посеве их крови бактерии. До опыта, в крови бактерий не было.

Клиническая практика намечает ориентировочные границы применения кинотерапии. Кинотерапия может использовываться в первую очередь во всех тех случаях, где наблюдаются отклонения от нормы в эмоциональной сфере, и где требуются ортопедическая установка воздействия в их отношении.

В клинике внутренних болезней кинотерапия может эффективно применяться там, где налицо, как указывает Платонов, имеется отрицательное отношение к медикаментам, потеря аппетита, бессонница и целый ряд других факторов, ослабляющих соматически и без того уже истощенный организм. Умело проведенная кинотерапия может эти нежелательные явления устранить. Создавая соответствующие фильмы, можно добиться

того, чтобы с их помощью психотерапевт улучшал аппетит больных, укреплял сон, восстанавливал правильное отношение к лекарственным веществам и другим врачебным предписаниям.

В клиниках хирургии, гинекологии и акушерства кинотерапия может применяться и как методика содействия наркотическому состоянию, и как орудие ослабления болезненных состояний, и, наконец, как симптоматическое терапевтическое мероприятие.

С точки зрения нашей тематики особенный интерес представляет сфера применения кинотерапии в неврологии и психиатрии.

Благодарной почвой для применения кинотерапии является область неврозов и так называемых психоневрозов. Здесь кинотерапия может играть роль чисто симптоматического средства.

Различные моно- и полисимптомы реактивного характера могут поддаваться успешному воздействию кинотерапии.

Положительные результаты она должна дать при травматическом неврозе. Возможно, что по аналогии с положительным воздействием гипнотерапии на некоторые формы эпилепсии, кинотерапия сумеет дать те же результаты; например, при аффективной эпилепсии Bratz'а и реактивной Bonhoffer'а.

В клинике наркологии кинотерапия займет со временем определенное место. Она войдет актуальной составной частью в общую систему противоалкогольной терапии, лечение кокаинизма, морфинизма и т. д. Некоторые виды половых извращений, которые поддаются гипнотерапии будут успешно обслуживаться и кинотерапией, как-то: онанизм, различные фукциональные половые расстройства и т. д. Примерно также следует оценить эффективность лечения кинотерапией ночного недержания мочи.

Платонов подчеркивает желательность более активного включения суггестивной терапиии в клинику невроза заикания. Он указывает, что здесь наподобие терапии алкоголизма требуется длительное терапевтическое воздействие (50—60 сеансов). Нам кажется, что метод кинотерапии мог бы быть здесь применен.

В психиатрии суггестивная психотерапия, и в особенности гипноз применялся рядом авторов (Voisin, Forel, Kauffmann, Seglas, Hollander; у нас: Бехтерев, Гервер, Платонов и др.). Выпущенные этими авторами работы показали, что гипнотерапия при некоторых заболеваниях может иметь терапевтиче-

ское значение. Сюда они относили реактивные формы, различные психогении.

Kauffmann сообщал о положительных результатах включения гипнотерапии в систему лечения Angstpsychose, mania, melancholia, hebephrenia. Гервер наблюдал положительные результаты при использовании гипноза в меланхолических состояниях; он диференцировал их и в своем докладе в Ленинграде на съезде невропатологов и психиатров, говорил об успешности терапии при депрессивной фазе циркулярного психоза, меланхолии инволюционного периода, при меланхолии с явлениями астенического психоза. Hollander идет дальше — он лечит гипнозом параноиков. Этот почин в свое время поддержал и Бехтерев. Квинт в Харькове добивался хороших результатов гипнотерапией для устранения отдельных недостатков морального порядка у подростков.

Не вдаваясь в анализ гипноза, как терапевтического средства при этих заболеваниях, мы хотим подчеркнуть, что менее всего сфера воздействия кинотерапии ограничивается гипнозом. Кинотерапия включает в себе все формы современной психотерапии. Она может работать и в плане Дюбуа и Дежерина, и даже Фрейда. Вопрос заключается лишь в целесообразности выбора конкретной методики в каждом отдельном случае. Вот почему в клиниках нервных и душевных болезней, кинотерапия должна занять гораздо большее место, чем когда-либо занимал гипноз. И меньше всего будет здесь применяться кинотерапия, как орудие гипнотической суггестии. Наоборот, она будет в основном направлена в сторону суггестии в бодрствующем состоянии. Она будет давать больным сеансы бодрящего, веселящего, успокаивающего характера. Она будет функционировать в сторону отвлечения больных от их ипохондрических мыслей. При органических заболеваниях она будет снимать психогенные налеты.

Одним словом она будет нести большую нагрузку убеждения, утешения, успокоения, взбадривания и перевоспитания.

Сумеет ли она этого достигнуть?

Находясь в руках опытных врачей, будучи правильно примененной, базируясь на тщательно продуманной и проработанной методике, она явится положительным терапевтическим фактором в клинике нервных и психических заболеваний.

В кинотерапевтической практике врач всегда будет стоять не первом плане. Фильмы в его руках только орудие. Следовательно, бояться здесь механистических подходов не приходится.

Иной раз по терапевтическим соображениям, целесообразно затушевать активность врача и его влияние стараться проводить через промежуточные объекты, а не прямо на больного. Об этом отчасти говорил и Дюбуа. Он считал, что для проведения его методики рациональной психотерапии вовсе не требуется живой человек—врач или учитель. Их роль могут выполнять соответствующим образом подобранные книги. Дюбуа считает книгу терапевтическим фактором, могущим стать на место врача. Мы это не считаем. Врач есть и остается на первом плане. Книги и фильмы должны всегда стоять на втором плане.

Формы кинотерапии

Следующий вопрос методики и практики кинотерапии заключается в том, что необходимо выяснить, какие формы кинотерапии могут иметь место и каковы показания при их диференцированном назначении. Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо проанализировать обычную практику наших психоневрологических учреждений по линии психотерапии.

В своей монографии Платонов приводит данные по руководимому им психоневрологическому кабинету. Там за три года лечилось около 900 невротиков и 400 алкоголиков. На этом материале были проверены все виды психотерапии. Результаты получились довольно интересные:

Широкий психоанализ, как терапевтический
метод был применен в 5%
Метод рациональной терапии Дюбуа в . . 11%
Чистая гипносуггестия в 67,7%
Смешанный (Дюбуа и гипносуггестия) в . 11%

Этим результатам Платонов сам несколько удивляется. Он ставит вопрос: „но чем объяснить все же такой успех суггестивной и гипносуггестивной терапии, этого „элементарного“ метода психотерапии.

И пытается найти скрытое объяснение.

„Для ответа на это нам необходимо возвратиться к затронутому в начале статьи вопросу о сущности внушения“—дав анализ внушению, он подводит итоги—и если большинство людей живет примитивными механизмами, и если оно действительно не поднимается в реакциях своих при отсутствии у большинства образования рефлексов более высокого порядка, и притом если и аффективность облегает образование патосимптомов по примитивному механизму, то будет целесо-

образной и соответствующая психотерапия. Ведь и патосимптомокомплексы имеют в основе своей примитивные механизмы развития на фоне того или иного эмоционального состояния, а отсюда и эффект от метода лечения, действующего на условный раздражитель, вызывающего непосредственную реакцию. В этом мы видим теоретические обоснования целесообразности применения т. н. „низшей“ психотерапии, подтверждаемое фактами из жизни. Отсюда же и значение ее, как более требуемой самой жизнью, так и более удобно и к тому же продуктивно применимой, и показанной для большей массы больных, получающих действительное исцеление". (Монография. „Слово как физиологический и лечебный фактор“, стр. 98). С этими положениями автора мы согласиться не можем. Его теоретические обоснования „низшей“ психотерапии кажутся нам необоснованными. Еще Кречмер показал, что не всегда эти гипобулические механизмы имеют условия для своего выявления, хотя, как мы знаем, он истерическую симптоматику часто объяснял гипобулическими механизмами. Их выявление и их примат над сознательной сферой человека, требуют каких-то специальных благоприятных условий, которые не всегда даны. И характерно, что сам Кречмер в своей „Медицинской психологии“ фиксирует свое внимание не столько на гипнозе, сколько на психотерапевтических мероприятиях в бодрствующем состоянии и психологических подходах. Отдавая должное гипнозу, как важнейшему психотерапевтическому вспомогательному средству, Кречмер однако говорит:

„В заключение отметим: солидная психотерапия никогда не исчерпывается только внушением (разрядка Кречмера.—Л. С.). Суггестивное лечение употребляется с тем, чтобы свести пациента психически с мертвой точки, чтобы вырвать его сильным толчком из его ложных душевных установок, свести с его ошибочных сенсибильных и моторных путей. Большого воздействия не дает. Само по себе оно не устраняет тех душевных причин тех комплексов и воздействий среды, на основании которых возник невроз". (Разрядка наша.—Л. С.)

Поэтому Кречмер разбивает весь процесс психотерапевтического воздействия на три этапа:

А. Анализ.

Б. Суггестивное лечение.

С. Воспитание.

Нам кажется, что кинотерапия в основном должна пойти по линии суггестии в бодрствующем состоянии. Конечно,

часть ее может быть посвящена и задачам чистой гипнотерапии; но основная ее группа должна исходить при своих конструктивных заданиях из установок убеждения, воздействия, воспитания. Психологическая методика должна занять в кинотерапии почетное ведущее место. В центре своей деятельности она должна *поставить воспитание и перевоспитание* больной личности.

В согласии с *Залкиндом* мы считаем, что надо добиваться создания целеустремленности организма. Надо присоединиться к тем его положениям, в которых он говорит:

„...Эффект достигается созданием яркой актуальной сосредоточенной целеустремленности организма, подымающей его общий тонус, пробуждающей дремлющие и рождающей новые силы, упорядочивающей их распределение".

Он считает, что терапия должна заключаться в том, чтобы „...подбирать и комбинировать раздражители таким образом, чтобы они и материалом и своими сочетаниями соответствовали содержанию, с которым организм встретится потом при обычной жизненной обстановке".

Исходя из этих теоретических предпосылок он набрасывает целую программу оздоровления личности; это—революционная целеустремленность, упорядоченность, самоорганизация, темп работы, уменье отдыхать, коллективизм (социоцентризм).

Эта программа может явиться и *программой действия кинотерапии*. Она должна выпускать такие психотерапевтические фильмы, которые будучи захватывающими по форме и насыщенными по содержанию смогут воспитывать в больной аудитории целеустремленность, организованность и т. д.

В этой области кинотерапия непосредственно сочетается с нашей *художественной кинематографией*, которая лучшими своими образцами („Мать", „Броненосец Потемкин", „Встречный", „Чапаев", „Мы из Кронштадта" и др.) *воспитывают нового человека, закаляют его целеустремленность*.

На ряду с такими общевоспитательными фильмами, могут создаваться и ленты специального психотерапевтического назначения, направленные к определенной конкретной цели. Априорно мы допускаем, что они могут быть построены на основе одной из действующих психотерапевтических методик. Это могут быть фильмы, создаваемые на базе установок *Дюбуа-Дежерина* (зарядово-эмоциональные короткометражки).

Это могут быть специальные фильмы — типа отдыха, успокаивающие возбужденного больного (экскурсы в прошлую историю, этнографические очерки, географические открытия). Это могут быть веселые ленты: комедии и комические картины, залитые искрометным юмором, хватающие крепко аудиторию и заставляющие ее заливаться неудержимым смехом.

И, наконец, могут создаваться и чисто-суггестивные (гипноз) фильмы, которые будут вызывать гипнотический сон в в таком сне производить свои внушения.

Примером такой фильмы является картина „Раз и навсегда". Посвящена она гипнотическому лечению алкоголизма. Автор сценария и режиссер ее Ю. Е. Геника. Это — экспериментальная фильма в 3 частях. Производство Московской фабрики „Союзкино". Научная консультация Института невропсихиатрической профилактики (Ю. В. Каннабих и А. М. Рапопорт), при нашем участии, оператор — Б. Монастырский.

Фильма построена своеобразно. Первая часть рисует проблему алкоголизма, как социального зла: алкоголизм в семье, в быту, на производстве. Это некоторая эмоциональная подготовка зрительного зала. Вторая часть картины демонстрирует сеанс гипноза на экране, психотерапевт усыпляет сидящих на экране алкоголиков. Это вторая стадия — подготовка к сеансу гипноза тех, кто сидит в зрительном зале. И, наконец, третья стадия — это уже непосредственная гипнотизация с экрана аудитории. Это массовый сеанс гипноза, но проводится он не живым психотерапевтом, но его отображением на экране. Эти три этапа своеобразно скрещиваются и переплетаются между собой.

В виду большого интереса мы приводим здесь вторую и третью часть сценария. Готовая фильма несколько отличается от них, но это не имеет принципиального значения.

СЦЕНАРИИ ФИЛЬМЫ „РАЗ И НАВСЕГДА"

II часть

75. В темноте сильный удар гонга.
Пауза и вновь один удар и тотчас из темноты постепенно проясняется фигура человека.
Человек смотрит прямо на публику, рассматривая ее спокойно и не спеша.
Аппарат медленно наезжает на него до первого плана.
После небольшой паузы он начинает говорить публике спокойно и уверенно:
„У вас нет власти над собой.
Не думайте, что всю свою волю вы потеряли.

Вы не потеряли волю, а упустили ее.
ВОЛЯ У ВАС ЕСТЬ. Мы поможем вам найти волю.
Мы возвратим ее вам, и вы сможете сделать то, что вам захочется.
Если вы желаете испробовать это, внимательно очень внимательно и со всей серьезностью смотрите, что мы будем делать.
Мы сейчас покажем вам как лечат больных алкоголиков гипнозом, а потом можете попробовать и вы.
Сегодня же, здесь.
Помните, что именно гипноз вам возвратит волю и избавит вас от вашей болезненной слабости".

Замолкает и спокойно рассматривает публику.

Затемнение.

79. Из темноты. Тонкая щель высокой двери. Панорамой сверху на пол.

Пауза

Из-за кадра начинает говорить голос гипнотизера:
„Я начинаю. Вы сейчас впадаете в гипнотическое состояние. Вы будете слышать мой голос, но не будете в состоянии открыть глаза и делать движения".

Пауза

Панорама в бок на сидящих гипнотизируемых алкоголиков.
Голос гипнотизера параллельно продолжает:
„Не волнуйтесь. Это совершенно безвредно.
Не сопротивляйтесь внушению, которое делается для нашей пользы. Будьте спокойны.
Смотрите только на меня. Слушайте только меня".

77. Общий план большой комнаты (диспансера) с сидящими полукругом больными алкоголиками и стоящим отдельно за столом гипнотизером.

Пауза

78. Гипнотизер обращается к больным и продолжает:
„Теперь я буду считать до десяти.
Уже скоро вы почувствуете сильную усталость, сонливость и ваши глаза закроются".

79. Сидящие больные алкоголики
Смотрят на гипнотизера.

80. Лицо гипнотизера в профиль. Начинает говорить:
„Раз, два, три, четыре, пять"
(переход панорамой на больных. Голос гипнотизера продолжает);
„шесть, семь, восемь, девять, десять.
Спите, спите, спите".

81—85. Все более засыпающие больные—наплывами группа на группу, вплоть до полного засыпания.
Одновременно очень мягко вступает оркестр, исполняя пианиссимо тему сна (тема № 1).

86. Гипнотизер. Спокойно осматривает спящих.
Начинает говорить:
„Теперь вы находитесь в гипнотическом состоянии.
Ваше тело сковано, как бы оцепенело.
Ему можно придать любое положение"
(тронулся, пошел к спящим и вышел из кадра).

87. Спящие больные-алкоголики. Входит в кадр гипнотизер. Подходит к одному из спящих. Поднимает вверх руку и оставляет ее в воздухе неподвижной, идет к следующему и делает то же самое. Идет к третьему, поднимает у него обе руки и затем на обратном пути опускает руки у двух последних.

88. Гипнотизер входит в кадр к столу и вновь обращаясь к больным начинает говорить:

„Вашей воле также можно придать желательное направление. А теперь выслушайте меня"

89. Продолжает говорить на другом плане:

„Вам внушается полное и непреодолимое отвращение к спиртным напиткам—водке, вину, пиву—ко всем без исключения спиртным напиткам.

Они для вас яд. Вам нельзя их пить. Никогда, нигде, ни при каких обстоятельствах—ни утром, ни днем, ни ночью, ни дома, ни в гостях, ни на улице.

Нигде, никогда, ни капли спиртного".

90. Спящие больные.

Голос гипнотизера продолжает:

„Вам внушается твердое и стойкое решение бросить пить для того, чтобы быть здоровыми, выносливыми и трудоспособными"

91. Аппарат начинает медленно двигаться по лицам больных, а голос гипнотизера продолжает:

„Вся ваша воля сейчас сосредоточивается на одном стремлении—победить свою болезнь, и вы этого добьетесь. Когда я вас разбужу, вы встанете спокойными и бодрыми. С чувством оздоровления, с уверенной мыслью — Я БОЛЬШЕ НЕ ПЬЮ, Я ЗДОРОВ! С удивлением вы заметите, что вам и не хочется пить, противна мысль об этом".

92. Гипнотизер крупно. Заканчивает уверенно и твердо.

„Вы кончили пить бесповоротно.

Раз и навсегда".

93. Спящие больные.

Пауза

Медленное затемнение.

94. В темноте выступает оркестр, исполняя тему № 2—тему пробуждения.

95. Из медленного затемнения. Спящие больные.

Пауза

96. Гипнотизер спокойно осматривает спящих.

Начинает говорить:

„Теперь я начну вас пробуждать. Я буду считать до пяти.

При счете пять—вы встанете.

Раз, два, три, четыре, пять.

Вы просыпаетееь".

97. Спящие больные—два, три человека. Начинают просыпаться и одновременно аппарат начинает медленно отъезжать от больных вплоть до общего плана всего зала.

Больные просыпаются, приходят в себя, потягиваются, удивленно оглядываются.

Затемнение.

98. Из затемнения и в темноту.
99. В темноте. Пауза секунд пять.
Начинает еле слышаться какой-то неясный звуковой (оркестр) фон из него совершенно незаметно возникает, пропадает в вновь повторяется на пианиссимо мелодия (тема сна—№ 1).
100. На продолжающейся теме сна начинает из темноты мягко проступать фигура гипнотизера на среднем плане. Некоторое время гипнотизер стоит неподвижно. Мелодия пропадает и остается только неясный фон.
Аппарат начинает очень медленно наезжать на гипнотизера до поясного плана.
Остановка. Фон исчезает.
Пауза секунд пять.
101. Гипнотизер начинает говорить, смотря прямо на аппарат:
„Слушайте меня внимательно.
У вас будет вызвано состояние полного покоя и неподвижности, такое состояние нервной системы, в котором усталому человеку приятно и полезно провести несколько минут".
Пауза
„Сядьте по возможности удобно, чтобы потом уже больше не двигаться".
Пауза
„Итак, спокойно.
Смотрите только на меня.
Слушайте только меня.
Не обращайте внимания ни на что окружающее".
Пауза
„Не думайте ни о чем постороннем.
Ни о чем не беспокойтесь.
Не волнуйтесь.
Сосредоточьтесь только на том, что вы будете все время неподвижны и спокойны.
Дышите ровно, спокойно".
Пауза
102. Гипнотизер на поясном плане. Пауза.
Вступает вновь музыкальный фон и идет секунд пять.
Затем начинает выделяться мелодия темы сна и аппарат медленно наезжает на лицо.
Остановка. Пауза,
Гипнотизер продолжает.
„Вы чувствуете легкую усталость.
Это чувство усталости, вялости, расслабленности появилась и все усиливается, благодаря неподвижности, покою, благодаря вашему и моему желанию".
Пауза
Слышится только одна тема сна—секунд шесть.
Гипнотизер продолжает:
„Вы находитесь в состоянии полного покоя.
Вам и не хочется и уже трудно выйти из этого состояния.

Вы чувствуете напряженность в теле, тяжесть в ногах.
Тяжесть в ногах усиливается.
Тяжелеют и руки, тяжелеют веки.
Хочется закрыть глаза.
Усталость усиливается.
Вы чувствуете приближение сна.
Веки тяжелые, но пока не закрывайте глаз.
Вам хочется отдаться целиком этому состоянию. глубокого безразличия и покоя".

Пауза секунд пять

Свет начинает очень медленно тускнеть.
Гипнотизер продолжает:

„Глядите неподвижно на меня.
Кто чувствует в глазах сильную усталость может их закрыть".

Начинает темнеть.

„Вы ясно чувствуете, что вы хотите спать.
Клонит ко сну.
Вы продолжаете смотреть на меня.
Ваши глаза тяжелеют все больше.
Вам уже трудно смотреть.
Вы не противитесь этой сонливости.
Наоборот—вы отдаетесь приятному чувству покоя.
Дремлете..."

Пауза

Свет тускнеет все больше и больше и, наконец, делается совсем темно. Одновременно затихает музыка.

Пауза в темноте

103. В темноте начинает слышаться голос гипнотизера.

„Закройте глаза, у кого они еще открыты.
Больше не открывайте их.
Вокруг темно. Ничего не мешает сну.
Слышать меня вы будете все время и во сне.
Я буду считать до десяти.
По мере счета ваше дремотное состояние будет усиливаться, а при счете десять,
вы погрузитесь в особое сонливое состояние или совсем заснете.
Вам будет сделано внушение, а потом я вас выведу из этого состояния.
Я считаю: раз, два, три, четыре, пять, шесть, семь, восемь, девять, десять. Спите".

Пауза

104. Голос гипнотизера продолжает:

„Вы проникаетесь мыслью о том, что алкогольные напитки яд—угроза вашему здоровью воле, трудоспособности.
Вы хотите сберечь здоровье и волю.
И вы будете избегать спиртных напитков,—и дома и в гостях, на работе и при всяких обстоятельствах.
После сегодняшнего внушения вам это будет легко.

Пауза

„Вам внушается серьезное единственно правильное, т. е. враждебное отношение к спиртным напиткам.
Вам будет неприятно тяжело, не только пить, но и видеть картины пьянства во всех его проявлениях.
Вы будете не только сами избегать спиртных напитков, но и оберегать от них своих родных и товарищей.
В этом направлении окончательно укрепляется ваша воля, ваши чувства.
Слабоволия и легкомыслия больше не будет.
Это внушение будет исполнено.
Оно поможет вам преодолеть и привычку, и уговоры, и соблазны.
Не хочу пить, не пью, оберегаю других.
Эти слова вы мысленно повторяйте.
Они закрепляются в вашем сознании с непреодолимой силой— благодаря вашему и моему желанию.
Не хочу пить, не пью, оберегаю других".

Пауза

„Теперь больше не думайте о моем внушении.
105. Думайте только о том, что ваш сон углубляется, ваши нервы спокойны.
Дремлите. Спите.
Пока я вас не выведу из этого состояния".

Пауза (тихо вступает оркестр, исполняя тему № 2).

„Теперь я буду считать до пяти.
При слове пять нарушится ваша сонливость и неподвижность.
Вы откроете глаза, и встанете бодрыми, спокойным, с окрепшими нервами.
Я считаю:
Раз, два, три, четыре, пять.
Вы просыпаетесь".

105. (Пауза в темноте).

Вступает оркестр—тема № 2).
После окончания музыки появляется из медленного высветления гипнотизер.

Пауза

Гипнотизер начинает говорить:
„Вы отдохнули.
Вы спокойны.
Ваши нервы в порядке.
Все, что вы слышали, останется в вашем сознании".

Пауза

„Помните, что вы борясь с алкоголизмом, изменяя свой быт, укрепляя свое здоровье, свою работоспособность, вы помогаете не только себе, но и нашему великому строительству, для которого каждый должен иметь ясный мозг, крепкие нервы, твердые руки.
Алкоголизм мешает этому.
Алкоголизм и социализм не совместимы".
(Медленное затемнение).

107. В темноте вступает оркестр, исполняя бодрую маршеобразную тему № 3.
В середине исполнения этой темы зал начинает медленно освещаться и оркестр кончает тему в полном свету.

Конец.

Предедставленный сценарный материал вызывает интерес. Такой же интерес вызывает к себе и сделанная по нему фильма. Однако, фильма оказалась не-без дефектов. В основном они сводились к чисто технической стороне дела. Звук был не совсем чист, местами речь психотерапевта не совсем ясна. Эти неполадки можно исправить. Фильму необходимо выпустить и поставить с нею экспериментальную работу. Лишь после этого можно дать ей серьезную оценку, как психотерапевтическому фактору.

Известное значение может иметь кинотерапия в осуществлении трудовой терапии. Здесь могут создаваться разные вариации. Одни фильмы могут разъяснить смысл трудовой терапии, другие—обучать ей в порядке инструктажа.

С другой стороны, психотерапевтический фильмовый материал может быть использован больными, как источник, из которого можно почерпнуть новые мотивы для своего творчества. В психиатрической клинике актуально творчество душевно-больных. Скульптурные работы, живопись, резьба по дереву, литературные занятия — все это различные стороны многогранной творческой деятельности психических больных. Эти работы расцениваются, как творческие и им придается диагностическое и терапевтическое значение. Так из рисунков можно почерпнуть ценный вспомогательный материал диагностического характера. Сюда относятся, например, картины худ. Чурляниса, в частности его „Спокойствие“. Часты символические изображения в творчестве шизофреников, тщательность отделки в рисунках эпилептиков и т. д.

Творческая деятельность, увлекая больного, заполняет его существование, действует успокаивающе, действует терапевтически.

Фильмы кинотерапевтических циклов могут явиться стимуляторами, повышающими творческую активность больных.

Показания и противопоказания в кинотерапии

Важными пунктами кинотерапевтической методики следует признать вопросы показаний и противопоказаний, а также дозировки кинематографического материала.

Проблема показаний является актуальной и в обычной психотерапии.

Кречмер полагает, что внушение в бодрствующем состоянии, особенно пригодно для истерической симптоматики, включая сюда и массивную; далее, для различных психогенных образований; с другой стороны—гипнотерапия показана там, где требуется длительное постгипнотическое действие, например, истерические припадки, астма, недержание мочи, бессоница и т. д.

Надо признать, что вопрос о показаниях и противопоказаниях кинотерапевтических процедур является вопросом актуальным. Всякая фильма представляет из себя обоюдоострое оружие. На ряду с большой пользой, она при неправильном методическом подходе и использовании может принести значительный вред. Это то же, что хирургический скальпель: в руках опытного хирурга, он является орудием исключительной ценности, в руках же душевного больного может явиться причиной травмы.

На очереди дня стоит задача серьезного экспериментального изучения вопросов содержания фильм, их композиций, изучения психологического воздействия под углом зрения психотерапевтических установок. Здесь надо провести исследовательскую работу по примерному следующему плану:

А. Отбор больных и разбивка их на определенные более или менее однородные группы по психическому статусу.

Б. Тщательный отбор фильм из существующего кинофонда с экспериментальной проверкой их воздействия на разные группы больных.

В. Анкетное обследование больных по каждой просмотренной фильме в каждой группе.

Г. После сбора анкетного материала, проведение собеседований по просмотренной фильме.

Д. Систематизация и суммирование заключений больных о воздействии на них фильм.

Е. Предварительные выводы.

Это будет только первый этап проведения экспериментальной работы.

Второй этап.

Ж. Экспериментальная разработка показаний и противопоказаний к применению кинотерапии — как в виде целых фильм, так и их отдельных кадров и монтажных кусков.

З. Экспериментальная разработка дозировок кинотерапии при различных заболеваниях и состояниях.

И. Разработка методики включения кинотерапевтических дозировок в общую систему лечебных мероприятий в отношении больных.

К. Разработка вопросов, связанных с созданием ряда серий психотерапевтических фильм. И, наконец, **третий этап**:

Л. Изучение всего этого опыта на предмет создания новой, научно-обоснованной базы психотерапевтических фильм.

М. Проработка установок фильм.

Н. Проработка типов фильм.

О. Проработка их сценариев.

П. И, наконец, проработка производственных процессов их постановки.

Одновременно должны создаваться при медицинских невро-психиатрических лечебных учреждениях специальные фильмотеки-архивы, в которых будет накопляться для работы фильмовый психотерапевтический фонд.

Исследовательские работы в этом направлении нервно-психиатрических учреждений позволят приступить к разработке типовых программ и постепенной кинофикации сети лечебных учреждений и создадут реальные предпосылки для **быстрого раз'вития кинотерапии, как мощного лечебного фактора**.

Кинотерапевтический кабинет

(Кинопсихоторий)

Во многих лечебных заведениях, в которых психотерапия применяется как активный метод лечения, организованы специальные кабинеты, особенно благоприятные по своей обстановке для проведения суггестивной терапии. Эти кабинеты называются гипноториями. Что они из себя представляют? Обычно это большие залы или значительные по площади комнаты, в которых стоят мягкие удобные кресла и диваны, для проведения как индивидуальной, так и коллективной суггестии. Окна в этом кабинете плотно завешиваются. Он изолируется от всякого внешнего воздействия: шума, света и т. д. В некоторых учреждениях стены, потолок и шторы гипнотория окрашиваются в один цвет, преимущественно: голубой или синий и красный. Наблюдения показывают, что голубой цвет действует успокоивающе на больного. Красный цвет, наоборот, возбуждает его. Следовательно, первое освещение применяется при терапии возбужденных боль-

ных, второе — для депрессивных. Получение таких световых эффектов не представляется затруднительным. Для этого не нужно красить всю комнату (стены, потолок и шторы) в особый цвет. Тех же результатов можно добиться, вставляя в люстру окрашенные лампы: голубую, синюю или красную, при нейтральном фоне комнаты.

Значение такого психотерапевтического кабинета очевидно: у пациента вырабатывается условный рефлекс к уже знакомой, комфортабельной обстановке; у него скорее наступает состояние покоя, он быстрее и легче поддается суггестии.

Вся эта обстановка психотерапевтического кабинета актуальна, но не обязательна. В случае необходимости можно обойтись и без нее. Обычный врачебный кабинет может быть использован для психотерапевтических целей.

Иначе обстоит дело с кинотерапевтическим кабинетом. Без него, если кинотерапия проводится в лечебном учреждении, обойтись нельзя. Кинотерапевтический кабинет должен быть организован; это вытекает из особой специфики дела, необходимости технического оснащения и установки проекционной аппаратуры. Отсюда становится очевидным, что *без кинотерапевтического кабинета кинотерапией* заниматься *нельзя*. Аналогия с психотерапевтическим кабинетом здесь нам помочь не может. В последнем — все основные аксессуары воздействия находятся в руках врача, заложены в его личности. Врачу легко манипулировать с ними. Он может свою методику, свои знания проявлять в любой обстановке, если только она дает ему необходимый элемент покоя.

Занимаясь же кинотерапией, он, кроме знания дела, владения методикой психотерапии должен еще располагать специально-оборудованным кабинетом, в котором имеется экран, кино-установка, и вся обстановка которого приспособлена для кинотерапевтической работы.

Это оборудование кинотерапевтического кабинета может быть различным — от самого простого, примитивного (что не рекомендуется) — до технически высоко-оснащенного.

Элементарный тип такого кабинета может оборудоваться узкопленочным проектором типа $УП_2$.

В 1936 г. наша кинопромышленность осваивает узкопленочную звуковую передвижку и освоила нормальную звуковую передвижку.

Выбор соответствующей проекционной аппаратуры не представляет затруднений. Аналогичное можно сказать про

ее приобретение. Это является делом только инициативы заинтересованных учреждений.

Хорошо оборудованный кинотерапевтический кабинет должен располагать залой или большой комнатой, оформленной соответствующим образом. Стены и потолок желательно приглушить материей нейтрального тона. Проекционную аппаратуру необходимо вынести из этой комнаты и расположить в особой примыкающей кинобудке. Внутри комнаты следует установить мягкие кресла и диваны, чтобы по желанию больные могли сидеть, лежать или полулежать.

К условиям кинотерапевтического кабинета применимы те слова Кречмера, которые относятся к внешним данным психотерапевтических сеансов и к их коллективному проведению.

Кречмер пишет:

„Суггестивное лечение имеет два главных типа: суггестивная терапия в бодрствующем состоянии и гипноз. Всем суггестивным методам сильно способствуют две вещи, хотя они и не являются необходимыми, производящая впечатления внешняя рамка и групповая работа. Если мы это можем устроить, мы проведем суггестивное лечение не в обычном кабинете, но по возможности, в специально устроенном для того помещении, очень тихом и, с целью, наполовину затемненном. Благодаря этому устраняются отвлекающие чувственные раздражения, и пациенты под влиянием необычной обстановки душевно перестраиваются, напрягаются и подготовляются к чему-то особенному. Работа группами, особенно соединение уже исцеленных или наполовину исцеленных пациентов с еще нелечившимися, очень облегчает нам наше задание: пациенты при таком условии перед лечением суггестивно настраивают и подготавливают друг друга“ (разрядка всюду наша— Л. С.).

Это цитата из Кречмера как нельзя лучше подходит ко всей обстановке кинотерапевтического кабинета, ибо здесь как правило имеется некоторая необычность обстановки, подготовляющая больного к чему-то особенному, и, во-вторых, как правило, сама специфика кинотерапии предполагает сеансы коллективного лечения. Можно, конечно, кинотерапевтически обслуживать и отдельных больных, но все же кинотерапевтический метод должен быть в основном признан методом коллективной психотерапии, а не индивидуальной.

Личность психотерапевта в кинотерапии

В проведении кинотерапевтической методики психотерапевт играет ведущую роль. Врач является организатором и медицинским руководителем как всего курса кинотерапии в целом, так и каждого киносеанса в отдельности. Врач, в каждом случае решает о характера болезни, о показанном лечении, о доле кинотерапии в общей системе лечебных процедур у больного.

Значение врача-психотерапевта вытекает из самой основы, так называемой „солидной“, научно-обоснованной психотерапии, которая расчленяется на три этапа. Это — 1) анализ, 2) суггестия и 3) воспитание.

Анализ проводится врачом: распрос больного, собирание анамнеза, установление этиологии заболевания, учет отдельных симптомов и развития всего болезненного процесса в целом, и, наконец, диференциальная диагностика — все это проводится врачом .В последней части, диференциальная диагностика, на ряду с врачом, в решении вопроса, в затруднительных, запутанных случаях, принимает участие и врачебный коллектив (конференции отделений и всего учреждения в целом). Сюда же следует отнести выбор показанной терапии, ее тип, дозировка, разработка индивидуальной методики и установления в ней места кинотерапии, определение ее характера.

Перед каждым кинотерапевтическим сеансом проводится коллективное собеседование врача с больными. Врач информирует больных о предстоящей фильме, ее содержании, характере и преследуемых задачах. Врач подготовляет аудиторию к наилучшему восприятию фильмового материала. Такая вводная к киносеансу беседа (вступительное слово) может занять минут 15—20. Оно должно быть конкретно, сжато и содержать необходимые психотерапевтические установки к предстоящей демонстрации.

По окончании ее, по знаку врача (нажатие кнопки электрического звонка) включается фильма. Если последняя звуковая, то врачу не приходится сопровождать ее своими пояснениями по ходу демонстрации. Если же фильма немая, то тогда врач, по мере надобности, сопровождает пояснениями картину. Это повышает эффективность установок фильмы, и придает всей демонстрации соответствующее направление правильного ее восприятия.

После окончания демонстрации, в зависимости от конкретных данных аудиторий (ее культурный уровень, группа забо-

левания и т. д.), врачом суммируются психотерапевтические выводы и в сжатой форме еще раз фиксируются перед вниманием больных.

Частота таких сеансов определяется врачом. Он же следит за их действием, усиливая фильмами слабо-эффективные программы, и ослабляя путем выключения того или другого фильмового материала сильно действующие кинотерапевтические программы, или даже заменяя их, в случае очень резко выраженного воздействия, переходящего запроектированные границы суггестии.

Таким образом, и здесь регулятор кинотерапевтических процедур продолжает целиком находиться в руках врача.

Что же касается психогагической кинотерапии, то она находясь под руководством и контролем психотерапевта, имеет бо́льшие возможности маневрирования, нежели чисто лечебная (бесфильмовая) психотерапия. При психогагической кинотерапии последняя в основном ставит себе задачей перевоспитание больной личности. Обычно это будут большие эмоционально-насыщенные художественные кинематографические полотна.

В гипнотерапевтических фильмах роль врача особенно актуальна. Не проводя сам гипнотической суггестии, он должен следить за этим процессом и за состоянием больных. Его место в зрительном зале. Он должен наблюдать за влиянием кинораздражителей (зрительные образы, музыка, речь и т. д.) на больных, на физиологическое восприятие материала, на процесс протекания суггестии и на общее психическое состояние больных. В случае каких-нибудь нежелательных явлений (например, истерический припадок и т. д.), врач должен быть на-чеку для подачи необходимой помощи, и в случае необходимости, выключения гипнотизирующей фильмы и ее замены нейтральной, успокаивающей картиной (пейзажи, географические очерки и т. д.).

Кинотерапевтическая методика *укрепляет* психотерапевтические позиции врача. Техническое его вооружение в лице кинофактора, делает его *воздействия мощнее* и эффективнее. Не надо забывать, что в кинотерапевтических фильмах будет отражаться и фиксироваться не опыт рядового периферийного врача-психотерапевта, стоящего несколько в стороне от истоков науки, но в них будут заключаться конденсированный опыт и „*талант*“ крупнейших психотерапевтов страны, которые примут участие в создании этих кинопроизведений. В этом смысле такие фильмы стано-

вятся посмертными памятниками их вдохновителей и созидателей.

Остались ли у нас образы психотерапевтов (наглядные, действенные, со всей своеобразностью их методики), таких врачей, как Шарко, Дюбуа, Дежерин и т. д.?

Их литературное наследие дает нам только сущность метода и его теоретическое обоснование.

Но специфика его проведения, интимность приемов воздействия, отдельные важнейшие детали — всего этого нет, и из литературного наследия почерпнуть нельзя. Другое дело, если бы у нас осталось кинотерапевтическое наследство этих ученых. Просматривая его на экране, мы сумели бы постигнуть многое от нас скрытое и сейчас непостижимое. Мы увидели бы яркость индивидуальных способностей этих людей, как врачей. Мы увидели бы и прочувствовали специфику приемов и т. д.

Данное положение правильно не только в отношении ушедших талантов психотерапевтической мысли, но и в отношении живущих. Разве литературные работы Кречмера могут нам раскрыть специфику его терапевтического воздействия? Разве по ним мы можем постигнуть его методику?

А между тем выпущенные фильмы могли бы эти пробелы восполнить. Особенно это чувствуется на тех людях, которые были с нами, и которых сейчас нет.

Так литературное наследство П. Б. Ганнушкина, при самом внимательном его изучении, не дает нам четкого представления о нем, как о враче-психотерапевте. А между тем его терапевтическое влияние было огромно. Тысячи больных стекались, как в Мекку, в стены психиатрической клиники I ММИ, устремляясь за его помощью.

Психотерапевтический фильм, поставленный с участием П. Б. Ганнушкина, зафиксировал бы на пленке особенности его личности, ее теплоту, обаятельность, терапевтическую специфику и т. д., т. е. все то, что в сумме формировало его, как выдающегося психотерапевта.

Мы опоздали заснять его. Оставшийся короткометражный фильм показывает нам его уже в гробу. [1] Мертвый образ не заменит живого.

---

[1] Фильма „Похороны П. Б. Ганнушкина". Руководитель съемки — Л. М. Сухаребский. Оператор — С. Н. Корнеев. Производство Гос. Института Кинематографии.

Какой вывод следует отсюда? Вывод простой. Надо переключаться на практику работы. Надо создавать кинотерапевтические фильмы и отображать в них опыт наших ведущих врачей-психиатров и невропатологов, врачей-психотерапевтов.

Киноподготовка кадров психотерапевтов

„Психотерапией заниматься должен всякий врач, желающий быть врачом, а не простым ремесленником“ — сказал Бумке. Однако, несмотря на всю правильность этого положения, нельзя сказать, чтобы оно соответствовало бы действительности. Большинство врачей психотерапию мало знают и ею не занимаются. Они не понимают в достаточной степени, что такое психотерапевтический подход к больному. Они не учитывают силу психологического воздействия слова врача на психику больного, ибо, если бы это было бы не так, если бы врачебная масса знала бы основы психотерапии, то неоткуда было бы взяться всей той массе иатрогенных заболеваний, с которыми буквально на каждом шагу приходится встречаться любому практическому врачу, и в особенности невропатологу и психиатру.

Случаи „иатрогенных“ заболеваний стали настолько часты. что им за последнее время посвящена целая серия работ, Проф. Р. А. Лурия выпустил монографию по этому вопросу. Бумке первый заострил внимание врачебного мира на клинике иатрогенных заболеваний. В своей работе: „Врач, как причина душевных расстройств“, он привел ряд разительных примеров. О том же докладывал и Гаупп (Gaupp) на 39 съезде германских интернистов.

Ю. Я. Каннабих в статье „К профилактике одной из форм реактивной (иатрогенной) депрессии“, обратил специально внимание советской врачебной массы на данную категорию заболеваний. Иатрогения становится буквально широким злом. С нею нужно бороться, причем гораздо активнее, чем это делали до настоящего времени.

В своей монографии Р. А. Лурия пишет:

„Негативная психотерапия травматизирует больного в различные моменты деятельности врача и его помощников, вызывая при этом изменение интеллектуальной части внутренней картины болезни в весьма различных направлениях“.

Автор приводит целый ряд своих случаев и ссылается на Бумке, говоря, что уже такие невинные, сравнительно, слова врача, как „артерии ваши твердоваты“, „аорта

немного расширена“ могут явиться этиологической причиной тяжелого заболевания психогенного характера.

Спрашивается, откуда все это идет? Видимо, от недостаточной психотерапевтической подготовки среднего врача. И, действительно, психотерапии в академическом плане преподавания не отводится места. Студенты ее почти не изучают.

Следовательно, дело упирается в правильную постановку преподавания психотерапии.

В своей монографии Платонов ставит вопрос о том, что Вуз должен обучить будущего врача применению „. . . того или иного вида психотерапии в пределах своей специальности. . .“

А. Лурия ставит проблему еще шире и говорит о необходимости знаний психики больного.

„С другой стороны — замечает он, — необходимо серьезно задуматься над вопросом воспитания новых поколений врачей под знаком изучения психики человека, как могучего фактора, влияющего на важнейшие нормальные и патологические процессы нашего организма и, научить врачей применять психотерапию“ (разрядка наша. — Л. С.).

Дело широкой подготовки студентов — будущих врачей упирается в недостаток опытных преподавателей психотерапии. В этом разрезе учебная патопсихокинография может оказаться весьма полезной. Создание целой серии учебных фильм по кинотерапии позволит лучше и глубже изучить и усвоить трактуемую проблему.

С другой стороны — сами лечебные кинотерапевтические фильмы, создаваемые специально для больных, явятся тем ценнейшим материалом, восприятие которого и анализ позволит широким врачебным кругам еще на студенческой скамье полнее ознакомиться с основами этой terra incognita.

В педагогическом плане — кинотерапия будет выступать в двояком аспекте:

А. С одной стороны, как определенная психотерапевтическая методика, которую должен будет усвоить учащийся.

Б. С другой — как учебное пособие, позволяющее лучше и глубже познакомиться с психотерапией, как научной и практической дисциплиной.

Кинопсихопрофилактика.

Кроме непосредственного лечения нервно-психического заболевания, кинотерапия в частности, и вся кинематография в целом — призваны выполнять важнейшие психо-

профилактические задачи, участвуя в воспитании человека, в выработке его мировоззрения и т. д.

Общеизвестно, что задача психопрофилактики — предупреждать психические заболевания. Этого она достигает многими путями, которые в основном могут быть сведены к следующим двум ведущим тенденциям.

Первая. Выяснять различные этиологические факторы нервных и душевных заболеваний и принимать меры к их искоренению, информируя одновременно широкое население об этом и рекомендуя различные предохранительные мероприятия.

Вторая. Создавать наилучшие условия для нормального развития душевных способностей — психики человека.

И по первой, и по второй линии кинематография, как синтетическое искусство, и как наилучшая форма популяризации научных данных может, при правильной постановке дела, оказать неоценимые услуги всему делу психопрофилактики.

С одной стороны, путем массового выпуска научно-популярных фильм (в лекционной и художественной постановке) она будет перед широкой аудиторией вскрывать генез различных душевных заболеваний и конкретные пути их предупреждения. Массовая аудитория, на их основе, ознакомится с понятием о психических заболеваниях, о нервной системе и ее высшей деятельности, о сущности неврозов и психоневрозов, о пограничных формах и т. д. Далее эти фильмы смогут наглядно продемонстрировать и прямые, непосредственные, причины этих заболеваний — как-то понятие о наследственности, о заразных болезнях и их влиянии на нервную систему, о труде и его влиянии, о травмах различного характера и т. д. Они будут агитировать за физкультуру, укрепляющую психику и соматику (см. рис. 54—57).

С другой староны, вся художественная кинематография в целом, ставящая себе основной задачей, борьбу за нового человека в социалистическом плане, несет огромный психопрофилактической заряд: пафос социалистического строительства, радость освобожденного труда, увлекательная захватывающая работа, новая форма любви свободных людей (брак без приданого, независимый от кастовых, религиозных и всяких других предрассудков) — все это боевые темы советской кинематографии, которые будучи оформленными в высоко-художественные произведения, являются мощнейшей профилактической зарядкой, верной прививкой

против пережитков старого, от всякого гнилого, испорченного, негодного.

Каждая просмотренная фильма вселяет новую бодрость, она поднимает зрителя на новую ступень. Она раздвигает его умственный горизонт, она обогощает его. Она усиливает его веру в коллектив и любовь к новому обществу. Она вдохновляет его к повседневной работе, и к борьбе за скорейшее осуществление идеалов лучшей части человечества. Она является симфонией нового общества.

□

ОСНОВНЫЕ УСТАНОВКИ В ПОСТРОЕНИИ ПАТОПСИХО-КИНОГРАФИЧЕСКОЙ ФИЛЬМЫ [1]

Установление основных подходов в построении патопсихо-кинографической фильмы упирается в задачу углубленного изучения ее специфики. Патопсихокинографическая фильма, как мы указывали выше, не однородна и не однотипна.

В связи с этим, невозможно устанавливать единые принципы построения патопсихокинографической фильмы для всех входящих в нее типов картин: здесь надо итти по пути расчленения, по линии диференциации ее на составные ветви; надо производить анализ каждой ветви в отдельности, и разрабатывать ведущие установки построения для каждой из них в самостоятельном плане. При таком подходе будут созданы необходимые методические предпосылки для разрешения всей суммы вопросов.

Таким образом, нам придется отдельно заниматься методическими вопросами построения исследовательской фильмы,— педагогической и научно-пропагандистской. Художественную кинематографию мы ставим вне поле нашего исследования. Эта область настолько отлична и сложна, что требует специальных исследований. Они даны в нашей общей литературе советской художественной кинематографии. Туда мы отсылаем интересующегося читателя.

---

[1] В данной главе мы продолжаем углубление ряда вопросов, связанных с методикой построения фильмы специального назначения, освещаемых и в других наших работах; в частности, в нашей статье: „К методике построения технического тонфильма“. Сборник „Кино в овладении техникой“. Изд. Техпропа Наркомтяжпрома — 1935 г.

См. также стенограмму нашего выступления на Всесоюзном Совещании по техфильму в декабре 1934 г.

К методике построения исследовательской фильмы

Методика научно-исследовательской фильмы начинается с правильного выбора темы. При выборе ее надо руководствоваться, наряду со всякими другими соображениям, также и „кинематографичностью“ заснимаемого материала, подлежащего изучению.

Выбрав тему и изучив относящийся к ней материал, приступают к составлению плана работы. Это должен быть четкий набросок ряда опытов, исследований и т. д., т. е. всего хода и течения работы. Данная наметка является съемочным планом, ибо для исследовательской фильмы сценарий в обычном понимании не нужен, так как здесь нет сложных драматургических ситуаций, взаимозависящих коллизий, событий и т. д. Поэтому, обычно, вместо сценария пишется четкий, подробный съемочный план. В плане проводится кинематографическая разработка научного материала. В нем отражается умение мыслить конкретными, наглядными кинематографическими образами. После разработки плана переходят к организации материала для съемки, к подготовке процесса кинофиксации изучаемых фактов или проводимых экспериментов. Эта засъемка и процесс ее организации обусловливается характером изучаемого материала.

На этом пути часто приходится прибегать к сложнейшей съемочной аппаратуре, разработке особых технических методик, как, например, организации беспрерывной кинофиксации больных в кинонаблюдательной палате судебно-психиатрического учреждения.

Наиболее сложная сторона правильного построения исследовательской фильмы заключается в точной фиксации факта или эксперимента (в клинике и лаборатории); при организации засъемки руководитель ее (научный работник, исследователь) должен добиваться максимальной выразительности в заснимаемом материале. Он должен уметь отсеивать побочное от главного и не перегружать кадр малоценным материалом.

Приступая к съемке явления или эксперимента, мы анализируем его и разлагаем во времени всю сумму съемочных процессов.

Основная цель этого — более углубленный подход в деле засъемки изучаемого материала. Всякие инсценировки, дающие только видимость процесса, и не соответствующие его сущности, не могут здесь иметь места. Снимая быстрые про-

цессы, например, моторику, исследователь расчленяет их путем рапидной съемочной аппаратуры. Наоборот, снимая медленно, вяло текущие процессы (развитие душевного заболевания в течение ряда лет), исследователь сгущает их, уплотняет и концентрирует во времени.

Вслед за окончанием съемки, заснятый материал подвергается разбору. Отбирается годное от негодного, удавшееся от неудавшегося. Годное в свою очередь подвергается разбору на отдельные этапы по явлениям, эпизодам и кадрам.

Вся эта работа есть последующая стадия после съемки материала и предварительная перед процессом монтажа.

В монтажном периоде весь материал подбирается по съемочному плану. К каждому эксперименту сортируются заснятые по нем эпизоды. Отбор пленки проводится в отношении как высококачественного отражения в кадрах сущности заснятых процессов, так и с точки зрения технических показателей самой съемки освещения, резкости, раккурса и т. д. После этого приступают к процессу монтажа. Монтаж исследовательской патопсихокинографической фильмы строится на базе съемочного плана, в соответствии с его разбивкой по рубрикам.

В качестве примера исследовательской патопсихокинографической работы, мы можем указать на фильму „Экспериментальный сон“, поставленную под научным руководством М. Я. Серейского и А. А. Хачатуряна. Эта съемка началась в 1929 г. и была закончена в 1935 г. В процессе постановки фильмы произошел разрыв во времени, объясняемый перерывом работы исследователей по данной теме. Основной задачей картины в исследовательском плане являлась точная фиксация хода опыта по экспериментальному сну и детальное кинопротоколирование отдельных фаз и этапов поведения засыпающего и пробуждающегося животного. Опыты были поставлены на животных трех типов: обезьянах, кошках и собаках. Перед началом съемочного периода была точно выявлена тема, произведен сценарный набросок (съемочный план) всего хода работы и намечены основные этапы съемочного периода. Затем было приступлено к съемкам. Последние проводились в трех местах: в биохимической лаборатории психиатрической клиники 1-го М. М. И. на Девичьем поле, на ф-ке Межрабпомфильм (Москва, Ленинградское шоссе) и на фабрике „Союзтехфильма“ (Москва, Лесная улица). Сюда были доставлены экспериментальные животные.

Для более точного выявления поведения животного, по съемочному плану было намечено проводить съемку над каж-

дым животным в отдельности — до начала опыта, фиксируя тем самым его нормальное поведение, моторику и т. д. Затем постановку самого опыта и послеоперационный период, т. е. сон и пробуждение испытуемого подопытного животного. В частности в отношении обезьяны были зафиксированы моменты ее поведения, как в клетке (доставка в съемочный павильон), так и вне клетки на съемочной площадке. При фиксации поведения животного, преимущественное внимание обращалось на особенности моторики и быстроту ориентировки. Раккурс выбирался таким образом, чтобы можно было наиболее наглядно и полно видеть поведение животного. При съемке работали по преимуществу крупными планами, снимая общий план только в целях ориентировки расположения элементов, обстановки и хода протекания опыта.

Животному давался эфирный наркоз. После усыпления разрезалась кожа черепа и трепаном просверливалось отверстие. К моменту окончания трепанации животное обычно просыпалось. Затем ему производилась инъекция химического вещества и оно впадало в глубокий сон, сопровождаемый полной гипотонией.

В фильме даны кадры, иллюстрирующие поведение экспериментальных животных. Вот кошка на операционном столе. Экспериментатор воткнул шприц в трепанационное отверстие, прошел через массу мозга и дошел до 3-го желудочка. Сюда он выпустил содержание шприца. После этого наркоз снят, животное освобождено из станка. Начинает действовать химическое вещество. Сонливость все более и более охватывает животное.

Животное засыпает крепким сном. Наступает гипотония. Кадры гипотонии дают четкое представление об этом физиологическом состоянии.

На одном из кадров мы видим, как экспериментатор поднимает за все четыре ноги спящее животное. У последнего наблюдается полная гипотония: свисает голова, туловище расслаблено и под влиянием собственной тяжести изгибается дугой. На другом кадре мы видим кошку, повиснувшую на руке помощника экспериментатора — то же состояние полной расслабленности — полной гипотонии Аналогичные опыты проведены с собаками и обезьянами; и здесь мы видим висящую на руке экспериментатора собаку в состоянии полной гипотонии. То же животное мы видим положенным на два стерилизационных барабана и опять то же состояние полной гипотонии; аналогичную картину мы наблюдаем у ряда живот-

ных, положенных вместе и образовавших своеобразный „пляж" перед киноаппаратом.

В общей сложности было снято около 600 метров. Во избежание неудачных съемок, неприятных осложнений и т. д., по многим наиболее актуальным этапам опыта было снято ряд дублей, т. е. повторений, и поэтому, когда весь материал был зафиксирован, то его получилось гораздо больше того количества, которое вошло в фильму. Различные дубли отбирались и худшие из них отсортировывались. Весь материал подбирался по отдельным кадрам и эпизодам, согласно съемочному плану. Оставлен был только самый лучший материал. После этого приступили к монтажу. Экспериментаторы подобрали в последовательном порядке все этапы опыта, отображенные на пленке, проанализировали их с точки зрения, как последовательности, так и длины каждого монтажного куска. Длинные куски были подрезаны, наоборот, короткие несколько удлинены за счет запасного дубль-материала. Весь этот материал в целом был смонтирован. Затем была произведена окончательная подчистка длиннот, неправильных перебивок и т. д. В итоге получилась короткометражная исследовательская фильма, всего на 250 м, которая идет на экране только 12 минут и которая представляет огромный интерес, поскольку она зафиксировала методику опыта, его постановку, течение и результаты.

Специфика поведения опытных животных была продемонстрирована с исключительной наглядностью. Фильма осуществила исследовательские задания. Она оправдала те надежды экспериментаторов, которые на нее были возложены. Кроме этой основной фильмы осталось еще несколько роликов дубльматериала, который представляет интерес в плане сохранения некоторых второстепенных деталей опыта, не вошедших в основную фильму.

К методике построения педагогической фильмы

В основу построения педагогической патопсихокинографической фильмы должны быть положены ведущие тенденции педагогического процесса. Как известно педагогический процесс возникает в результате сложных взаимодействий между педагогом, который является организатором процесса, коллективом учащихся (объект процесса) и средой (материал процесса — в нашем случае — больные). Качественно полноценные педагогические патопсихокинографические фильмы должны строиться на базе правильного отображения этих слож-

ных взаимодействий. В основу педагогической фильмы должен быть положен такой педагогический процесс, в котором все эти три основных процессуальных фактора (педагог, материал фильмы и учащийся) выдвигаются в пределах оптимальной их квалификации, где каждый из них находит себе определение и выраженное место, и где, наконец, все они диалектически взаимодействуют, создавая четкую процессуальную педагогическую динамику. Значительную роль в этом подходе играет правильный выбор тематики. Надо отказаться от принципа случайного подхода к тематике и вырывания отдельных случайных тем, а нужно поставить акцент на плановую, педагогически обоснованную кинофикацию, учебных планов психоневрологических дисциплин. Достаточная четкость тематической заявки обусловливает специфику педагогической фильмы по двум ее основным ветвям: учебной и инструктивной. Обе эти ветви способствуют единству педагогического процесса. Одна дополняет другую. Они находятся в постоянном взаимодействии. По существу инструктивная фильма является специальной частью учебной фильмы. Как правило, она уже по своему объему и установкам. Под нею мы понимаем развернутую и отраженную на пленке инструкцию какого-нибудь процесса или его детали; инструктивная фильма показывает нам на суженном конкретном материале, как данный процесс протекает, или как его нужно реализовать. По своей специфике инструктивная фильма не поднимает принципиальных и общих вопросов. Это дело учебной фильмы. Инструктивная же фильма, базируясь на данных учебной фильмы, четко освещает изолированный отдельный процесс или же отдельные этапы этого процесса.

Выбор установки темы и выяснение целевого предназначения указывает на тот тип, по которому пойдет ее производство, а именно — по линии учебной или инструктивной фильмы. При выборе темы большую роль играет ее к о н к р е т н о с т ь, ее специализация. Надо раз навсегда покончить с погоней за несколькими тематическими зайцами. Не нужно стремиться захватывать в одной фильме все разнообразие тематики. Исключение можно составить только для вводных, обзорных патопсихокинографических фильм. В медвузе надо организовать подлежащий экранизации материал по кинолекциям, которые соответствуют нормальной лекционной системе преподавания в клинике.

По меткому замечанию тов. П е р л и н а — в средней школе „каждый киноурок должен быть рассчитан на разработку

одного специального вопроса с таким расчетом, чтобы этот киноурок мог быть самостоятельно использован для занятия по данной теме. А сумма этих киноуроков, их серия явилась бы в своей совокупности своеобразным киноучебником по определенной дисциплине".

Перефразируя эти положения на язык патопсихокинографии, надо считать правильным тенденцию создания ряда фильм для лекционной клинической деятельности с таким расчетом, чтобы эта сумма кинолекционных пособий, их серия, явилась по своей совокупности своеобразным кино-учебником по психиатрии и невропатологии и пособием в помощь основных учебных руководств, проходимых в высшей школе.

Эта специализация психиатрического материала и строгая диференциация тематики дает ценный вывод в отношении производства. Нужно отказаться от больших полнометражных педагогических патопсихокинографических фильм (за исключением вводных—обзорных), и следует переходить к созданию короткометражных специальных фильм, объединяемых в однородные серии. На этот путь, как достаточно четко было показано выше, стала клиника Клейста. По этому же пути идут психиатрическая клиника 1-го М. М. И., создав короткометражку „Микроцефалия", и Ленинградская психиатрическая клиника 2-го Л. М. И., поставив фильму „Случай шизофрении".

Общим указанием принципиального порядка в процессе построения этих фильм должен являться бесспорный постулат о том, что содержание и построение учебной патопсихокинографической фильмы должны обусловливаться педпроцессом и иметь в качестве предпосылок основные его установки, а сама фильма должна органически входить в общую систему академических занятий в медвузах.

В клиниках нервных и душевных болезней преподавание ведется в трояком плане: А. Лекция. Б. Практические ассистентские занятия. В. Поликлинический прием. Логически можно ожидать, что учебная фильма для медвуза будет строиться таким образом, чтобы она органически сочеталась с этими основными методами преподавания и входила бы в педпроцесс, как логически обусловленная, составная его часть. Наилучшей формой такой педагогической вузовской фильмы явится фильма-фрагмент, другими словами, экранизированный отрезок сложного для восприятия материала учебной программы, зафиксированный случай и т. д.

Мы считаем, что для высшей медицинской школы не должно производиться больших, комплексных фильм, поверхностно затрагивающих целые группы вопросов и демонстрирующих всякое явление от „А" до „Я". В высшей школе мы имеем дело с подготовленным и культурным зрителем-слушателем. Следовательно в учебную фильму не нужно включать те простые моменты, которые студент легко может усвоить и без кино.

Во-вторых, последовательная подача учебного материала от „А" до „Я" в цельной, комплексной фильме, обусловливает известный ритм монтажа. Этот ритм связывает постановщика. Разный по удельному весу в педпроцессе материал монтируется в плане единого, выдержанного монтажного ритма.

Вот чем в первую очередь объясняется тот факт, что в подавляющем большинстве случаев кинематографическая форма довлеет над педагогическими установками.

В-третьих, педагогическая фильма никогда не может и не должна заменять опытного преподавателя (профессора, доцента). При всяких ситуациях преподаватель остается организатором педагогического процесса, а фильма—только вспомогательным учебным пособием. Каждый преподаватель конструирует как лекцию, так и лабораторные занятия и семинары по-своему. Поэтому цельная, комплексная учебная фильма мешает его творческой работе в педпроцессе. С нею трудно выступать.

В-четвертых, как лекция, так и практические занятия строятся на базе наиболее целесообразного сочетания следующих педагогических ингредиентов: а) лекция, б) демонстрация больных, в) фильма. В этом синтезе патопсихокинографическая фильма является одним из важных элементов, но отнюдь не единственным доминирующим фактором.

В-пятых, каждое занятие в клинике имеет свое временное ограничение (в частности и так называемый академический час). За время академического занятия надо успеть провести сложный педагогический процесс. Очевидно, что удлиненной многовопросной патопсихокинографической фильме в рамках этого времени не может быть найдено соответствующее место без ущерба для хода всего педпроцесса.

Исходя из приведенных соображений можно подвести некоторые итоги: 1) аудитория нервной и психиатрической клиник не нуждаются в комплексной, цельной, последовательно-изложенной, распространенной многометражной учебной

фильме; 2) такая полнометражная фильма лишь с трудом может быть увязана с педпроцессом; 3) в противоположность ей законченная короткометражка освещает только основное, ведущее; 4) она легко сочетается, как с лекционной, так и лабораторной и семинарской формами работы; 5) профессору, доценту, ассистенту с ней удобно манипулировать; 6) фрагментарная короткометражка легко создаваема и дешева. Процесс ее изготовления занимает значительно меньше времени.

Технические процессы производства облегчаются, так как вместо сложного сценария будет достаточен четкий, детализованный съемочный план.

Большое внимание следует уделять композиции кадра.

В кадре нужно стремиться к выявлению только основного. Следует избегать засорения кадра ненужными деталями. Необходимо стремиться к максимально наглядной подаче материала. Целесообразно материал для более полного его восприятия подавать крупным планом. Общий план должен даваться в минимальном объеме и лишь постолько, посколько это необходимо для ориентировки в местонахождении материала, подаваемого крупным планом. В такой фильме следует избегать показа схем и таблиц, так как они могут быть даны диапозитивами. В фильме должны быть даны только такие диаграммы, которые динамичны по своей структуре. Надписи не обязательны. Не надо забывать, что профессор-психиатр, или его заместитель, без надписей полностью владеют материалом. В случаях, где надписи даются, они должны носить характер сжатой, четкой, учебной формулировки.

Расположение материала, обусловливающее монтаж, должно быть последовательным, медленным, ритмичным и максимально логичным. Каждый эпизод должен быть понятен и естественно увязываться как с предыдущим, так и последующим материалом. Мелькания кадров, рваный монтаж не должны иметь места в такой фильме.

К методике построения научно-популярной фильмы

В качестве основы научно-популярной темы следует выбирать актуальный злободневный вопрос, сугубо интересующий массовую аудиторию. Главное требование, предъявляемое к теме, должно заключаться в том, чтобы она была актуальна и оправдана с точки зрения массовой психопрофилактической

работы. Уже при выборе темы можно установить некоторые элементы различия между научно-популярной патопсихокинографической фильмой с одной стороны и исследовательской, а также педагогической — с другой. Это различие идет по линии основных установок, целевых предназначений и отчасти характера оформления. Кроме того это различие касается и по линии органического участия звукового материала в теме. Для исследовательской и педагогической патопсихокинографической фильмы чрезвычайно желательно, чтобы звуковой материал ленты был органическим. Для научно-популярной фильмы это менее обязательно. Либретто — это следующая стадия. Оно является развитием научной темы. В либретто описываются важнейшие факты, их сущность, сочетание, взаимосвязь. При разработке структуры либретто принимается во внимание звуковая фактура экранизируемого научного вопроса. При наличии однородного материала оформления, который существует как материал как для немого, так и звукового варианта, предпочтение отдается последнему. Несмотря на то, что в научно-популярной патопсихокинографической фильме слово довлеет над остальным звуковым материалом, автор либретто в процессе подбора конструктивного материала, должен мобилизовать возможно больше органического звукового материала.

Следующая стадия методики построения — это сценарий. В сценарии необходимо учесть наряду с темой, материал и наилучшую форму изложения. Обычно в сценарной разработке материал располагается по следующей схеме: 1) введение, 2) изложение, 3) заключение.

В структуре произведения соблюдается известный композиционный ритм, исходящий из учета психологии восприятия аудитории и эффективности усвоения материала Данный ритм должен заключать в себе темповые колебания, основной задачей которых является усиление впечатления и способствование лучшему восприятию материала.

Особенное внимание следует уделять звуковой фактуре фильмы. Как известно, последняя слагается из следующих элементов: слово, музыка, шумы, пауза. Ведущее значение в научно-популярной патопсихокинографической фильме остается за словом. Это слово должно быть тщательно проработано. Основные его черты: яркость и выразительность, четкость и лаконичность, будут способствовать максимальному его усвоению. Слово является составным компонентом речи. Последняя может строиться в двояком плане, а именно,

или быть сплошной и наподобие лекции звучать все время с экрана, или же быть интервальной — звучать только периодами, и перебиваться другим звуковым материалом (музыка, шумы, паузы). Тип речи обусловливается темой, материалом и формой построения фильмы. Так, если фильма создается по типу лекционной формы, то речь будет, по-преимуществу, сплошной и носит характер популярной лекции, если же она строится по типу кинодоклада, или кинодиспута, то она будет оформлена в докладную или диспутную систему подачи речевого материала. И, наооборот, если научно-популярная фильма разрабатывается, исходя из формы киносказа, то речь должна носить литературно-художественный характер. Интервальная речь обычно конструируется в виде логичных и эмоциональных реплик. Они идут параллельно зрительному материалу, способствуя более углубленному его пониманию и восприятию. В некоторых случаях речь может подаваться для усиления впечатления по принципу контраста путем создания некоторого условного противоречия между словом и изображением кадрового материала. Умело подобранная речь, органически синтезированная с шумами, паузами и музыкой, является сильнейшим научно-пропагандистским фактором.

Особенное внимание следует уделять музыке.

Во-первых, музыка может давать элементы отдыха, в интервалах между отдельными эпизодами фильмы. Во-вторых, она может играть роль активизатора интереса и стимулизатора внимания. Такая акцентация внимания полезна там, где в аудитории наблюдаются элементы пассивности и невнимания. В-третьих, музыка может содержать в себе определенную смысловую нагрузку, социально направленную, аналогично той функции, которую она выполняет в художественной кинематографии.

Анализируя музыкальную конструкцию звуковой фильмы тов. Острецов [1] дает углубленную характеристику целого ряда функций музыки в звуковом кино. Правда, он имеет в виду художественную фильму. Но это не мешает использовать верные положения и в отношении научно-популярной патопсихокинографической фильмы.

Следующие функции, по мнению автора, выполняет музыка в звуковой фильме:

---

[1] „Советская музыка" № 1, 1933 г. А. Острецов. „Музыка в звуковом кино".

„1. Музыке могут быть поручены репрезантивные функции, когда она представляет собой реальные музыкальные звучания на экране, воспроизводя конкретные инструменты, голоса, оркестр, хор.

2. Музыке могут быть поручены изобразительные функции, когда она изображает собой немузыкальные звучания и шумы, имитируя их. Сюда относятся звукоподражание и стилизация натуральных шумов.

3. Музыке могут быть поручены повествовательные иллюстративные функции, когда она рассказывает о том, что происходит на экране своим выразительным языком рисуя обстановку и характер представленного в зрительных кадрах явления. Сюда могут быть отнесены киномузыкальные пейзажи, киномузыкальные интерьеры, портреты, характеристики и положения, демонстрирующие зрительными кадрами.

Отличительной особенностью этого рода киномузыки остается то, что она не выходит за рамки рассказа о непосредственно происходящем в зрительных кадрах. Смысловой радиус музыкальных звучаний очерчен зрительным образом".

Последний тезис автора сформулирован следующим образом:

„4. Наконец, музыке могут быть поручены драматургические функции в тонфильме, когда музыка раскрывает действительность с той ее стороны, которая не показана непосредственно в зрительном плане и получая ведущие положения, определяет характер звукозрительного кадра. Сюда относятся киносимфонические кадры, эпизоды, по своей идейной насыщенности, силе и глубине художественного обобщения, получающие руководящее положение в звукозрительных кадрах. Здесь следует говорить о симфонизации кадра, поскольку музыка активизирует зрительный кадр, проникает его своей внутренней эмоциональной силой и раскрывает за ним большую социально-экономическую перспективу".

Все сказанное в этом тезисе автор относит к художественной кинематографии. Несмотря на это можно утверждать, что в ряде научно-популярных патопсихокинографических фильм, музыка будет широко использовываться именно в таком плане. В первую очередь она будет применена в том типе фильм, который конструируется по типу научно-художественной или даже художественной формы (типа „Больные нервы", „Кто виноват" и т. д.).

Вышеприведенные четыре функции музыки являются, по мнению автора, основными. Но кроме данных важнейших

функций, музыка имеет еще и побочное значение. Последнее также заслуживает внимания, ибо может быть часто использована в патопсихокинографии. Эти побочные функции автор формулирует следующим образом:

„Музыка в этом случае фиксирует одну из сторон развивающегося в зрительном кадре явления, акцентируя заранее определенную деталь кадровой ситуации. Через эту деталь дается характеристика явления. Через нее музыка проникает в движение зрительного образа и устанавливает контакт между оптическим и акустическим планами фильмы“.

Таким образом можно говорить о том, что звук в кадре способен давать акцентацию наиболее важных компонентов и этим способствовать лучшему их восприятию и усвоению.

Шумы и звуки в научно-популярной патопсихокинографической фильме привлекаются как в случае их органического включения в материал вещи (шумы в процессах трудовой терапии) так и во многих случаях условного характера. Включаемый звук должен быть индивидуализирован и специфичен для моторно-зрительного материала фильмы. В известных случаях он может носить и условный характер. Перерывы в звуковой фактуре фильмы (пауза, тишина) могут давать как элементы отдыха, так и служить способом подчеркивания (акцентации) важного. Учитывая специфику звука следует технику разработки сценария звуковой научно-популярной патопсихокинографической фильмы проводить, по сравнению с немой, гораздо тщательнее. В этом плане особенно актуальна работа с деталями.

Композиция фильмы должна базироваться на психологических данных восприятия. В ней должен быть отображен темп нарастания действия, особенности его ритма, и степень насыщенности материала. Нарастание действия обусловит нарастание интереса к теме.

Наиболее примитивные приемы данного порядка:

а) Усиление-ослабление } действия и его ритма,
б) Ускорение-замедление }

т. е. приемы контрастного воздействия. Мультипликационные разработки в фильме должны подчиняться целиком ее научно-пропагандистским заданиям. Ее роль не самостоятельная, а служебная. Основные требования, которые здесь будут предъявляться мультипликационным схемам — это ясность, понятность, четкость, выразительность. Установка должна быть на максимальное восприятие и минимум загрузки мультипликационного кадра второстепенными деталями. Звуковое офор-

мление мультипликации может быть речевым, музыкальным, или (большей частью) смешанным — речевым и музыкальным.

Переходим к кадру. Многое из того, что мы говорили в отношении композиции кадра в педагогической патопсихокинографической фильме сохраняет свою актуальность и в научно-популярной фильме. Здесь опять повторяются требования о наглядности кадра, отсутствие засоренности в нем, акцентации главного. Примерно в таком же разрезе должен конструироваться внутрикадровый монтаж. Как и в педагогической фильме здесь держится курс на крупные планы кадров. Монтаж всего материала в целом обусловливается разными причинами: здесь играют роли вопросы ритма, методика оформления, целевые предназначения картины. Указания в этом плане дает режиссер Б. Альтшуллер, когда говорит:

„Длина каждого кадра определяется целым рядом обстоятельств; значение будет иметь и то, насколько крупно снят предмет в кадре, и то, какой быстроты внутрикадровое движение, и сколько отдельных деталей кадра должно быть подмечено аудиторией. Композиционное построение кадра тоже имеет значение, т. к. в каждом кадре нужно уметь выделять главное за счет второстепенных деталей. Различные монтажные формы (параллельный, тематический, ассоциативный монтаж и др.) применяются в зависимости от темы, материала и установок".

В общую систему монтажа включается также материал надписей. Они могут носить разнообразный характер, но должны быть понятны и способствовать углубленному пониманию и усвоению зрительно-звукового материала.

Эти положения удобнее всего проверить на какой-нибудь уже проведенной специальной работе, являющейся подготовкой к созданию научно-популярной патопсихокинографической фильмы. Для осуществления этого, в качестве примера мы берем сценарий: „В сумерках сознания". Проанализируем его под углом зрения вышеразвернутых доложений.

Опыт построения сценария научно-популярной патопсихокинографической фильмы (тип лекции)

Этот сценарий заслуживает внимания. Написан он режиссером Н. И. Галкиным.[1] Научная консультация по нем давалась виднейшим ленинградским психиатром — Р. Я. Голант. Методологическая консультация осуществлялась специальной бри-

---

[1] За отсутствием места этот сценарий нельзя поместить в нашей монографии в качестве приложения.

гадой секции психоневрологов Ленинградского Отделения Коммунистической Академии.

Сценарий „В сумерках сознания" представляет из себя развернутое кинематографическое литературное произведение, рассчитанное на постановку по нему широкого социального (научно-практического) психиатрического „полотна".

Сценарий рассчитан на звуковое оформление. В связи с этим он учитывает в своей структуре речь и музыку.

Сценарий исходит из рамок полнометражной фильмы; состоит он из семи частей.

Первая часть содержит в себе установку всей фильмы и рисует положение душевно-больных и состояние психиатрии в средние века.

Вторая часть посвящена старой религии, как источнику душевных заболеваний.

Третья часть затрагивает вопросы этиологии и касается алкоголя, который может являться причиной душевных болезней.

Четвертая часть продолжает тематику этиологии и говорит о сифилисе, как о частой причине психических заболеваний.

Пятая часть затрагивает актуальнейший вопрос о социальной почве душевных заболеваний в капиталистическом обществе. Отдельными мазками дается клиника реактивной депрессии, шизофрении и циркулярного психоза. В этой же части разворачиваются картины трудовой и физической терапии.

Шестая часть заостряет внимание аудитории на вопросах профилактики — правильная организация труда и отдыха.

Седьмая часть — заключительная, еще более мобилизует внимание аудитории к психопрофилактическим и психогигиеническим задачам, стоящим перед всем обществом в целом и перед каждым его членом в отдельности. Здесь дана консультация по вопросам брака, консультация протекания беременности, рождения ребенка и воспитания детей. Концовочные кадры посвящены физкультурному празднику, который протекает под эгидой следующего тезиса:

„В стране, в которой строится социализм, где труд достояние всех, где здоровье труящихся охраняется государством — душевные болезни, как социальное зло — исчезнут".

Сценарий „В сумерках сознания" — научное популярное произведение. Построен он в плане массовой лекции. Рассчитан на широкую аудиторию. Оформлен он в виде

лекции. Структурно в этом сценарии можно различить три, по объему неравномерные этапы: это вводный — установочный этап, следующий за ним — излагающий основы темы и заключительный, образующий концовку. По характеру подачи материала сценарий представляет собой лекцию обзорного типа, в котором материал трактуется не столько вглубь, сколько вширь.

Это является минусом вещи. Надо было тему значительно сузить и не стремиться к охвату такой огромной дисциплины, каковой является научная психиатрия в социально-клиническом аспекте.

Выбор формы лекции сделан правильно. Хорошо также, что вещь рассчитана на звуковую фактуру. Поскольку все идет из лекции врача-психиатра, постолько в звуковой фактуре произведения решающее и ведущее положение занимает слово — объяснительная лекционная речь психиатра. Музыка играет подчиненную роль, создавая фон для зрительного материала; продумана она не плохо. Так в сцене инквизиции — возникает и утихает мрачная музыка, соответствующая происходящей здесь пытке. Другие звуки, в том числе и разные шумы, занимают в сценарии мало места.

Во всем произведении чувствуется определенный, выдержанный ритм. Течет он плавно, давая постепенно небольшое повышение (ускорение) к концу. Этот ритм, наиболее соответствующий духу вещи, способствует повышению эффективности восприятия. Подобный ритм является целесообразным в таких фильмах, в которых нет единого развертывающегося линейного сюжета, а вместо него дается ряд эпизодов, которые сочетаясь образуют внутреннее единство содержания и ведущих установок; внешний искусственный прием единого лектора объединяет разрозненные эпизоды в рамках единой проблемы.

Большинство кадров задуманы на среднем и крупном планах. Общих планов значительно меньше. В композиции кадров чувствуется внимание к чистоте кадров. Они не засорены второстепенным материалом. Встречающиеся детали проработаны. Монтаж в целом сделан в постепенных, ровных тонах. Отдельные куски монтируются друг с другом. Монтажная композиция в целом дает нарастание интереса к материалу.

Надписей мало. Поданы они скупо. По своему характеру они кратки, четки, выразительны, ясны.

Суммируя анализ в целом по данному сценарию, мы приходим к выводу, что данный материал может быть построен

по такому типу кинематографического оформления. Техническая сторона сценарной разработки сделана подробно. Некоторое возражение вызывает содержание вещи и методика ее оформления. Мы считаем, что для массовой аудитории, пришедшей на $1^{1}/_{2}$ часа в кино, дается очень много материала по всей социальной и клинической психиатрии. Это дефект; материал надо было несколько сжать, заострив внимание на одной самой главной проблеме. Точно также мы бы высказались против некоторых сцен, которые поданы мрачно. Исторически это верно, но аудитории тяжело будет смотреть пытку на колесе при инквизиции, церемониал аутодафе, и, наконец, сцены сожжения на костре. Эти картины в фильме надо ослабить.

Сценарий еще не реализован. Пока он еще не ставится. Но это дело, повидимому, будущего. Время для переделок есть. Такие поправки с нашей точки зрения усилят научно-популярную значимость вещи.

Подобная фильма была бы более актуальна в качестве учебного пособия для медвузов и медтехникумов. Здесь она могла бы быть расчленена на свои составные части, на отдельные фрагменты, чтобы каждую из них можно было пройти в порядке серьезной академической проработки.

□

Prof. L. M. SOUKHAREBSKY

LE CINÉMA
et
LA MENTALITÉ MORBIDE

(La Pathopsychocinégraphie)

Résumé

RÉSUMÉ

La Pathopsychocinégraphie (ou, pour abréger, la P.-C.-G.)—terme neuf et que nous proposons pour désigner l'ensemble des rapports existants ou à établir entre le cinéma et la mentalité morbide—est un vaste domaine de science et d'action sociale, relativement peu exploré. Dans le système général des sciences psychoneurologiques, elle est appelée à jouer le rôle d'un puissant facteur de psychoprophylaxie de masse. Sur les programmes des facultés de médicine—c'est une précieuse ressource à utiliser pour l'enseignement académique, Et,—last not least—on ne saurait passer sous silence les services inestimables qu'elle peut rendre à l'aliéniste soucieux de s'assurer le concours des auxiliaires les plus modernes et les plus plus raffinés de l'analyse médicale.

On sait assez le rôle social immense dévolu à l'art du „dessin animé". Nous sommes témoins, à l'heure actuelle, d'une période d'épanouissement du cinéma, qui, s'étant enrichi des ressources du son (parole et musique)—put enfin déployer la multiple splendeur de ses moyens de suggestion et s'est ainsi révélé comme l'art de la synthèse par excellence (peinture, littérature, théâtre, musique etc).

Parallèlement, nous assistons à un essor puissant du cinéma scolaire et scientifique. D'année en année, on voit s'accroître le nombre des écoles et des instituts qui font appel au film dans l'exercice de leurs fonctions journalières. C'est dans la même voie que se sont engagés, parmi tant d'autres, les établissements rattachés à la médecine et à la biologie. La physiologie, la chirurgie, la gynécologie, l'obstétrique, la neurologie et la psychiatrie, etc. tous ces domaines ont vu s'infiltrer de plus en plus les méthodes et les procédés cinématographiques qui ont fini par faire partie intégrante des programmes des cours et des laboratoires.

Mais s'est le terrain de la neurologie et de la psychiatrie qui nous semble particulièrement favorable à l'expansion des

procédés cinématographiques et, en effet, de réels progrès s'y laissent déjà signaler. C'est ainsi qu'au cours des séances du Congrès international de neurologie, tenu à Londres au mois d'août 1935, on a vu se succéder toute une série de films consacrés à la pathophysiologie du système nerveux et à la clinique des maladies de nerfs.

Un peu plus tard, dans les auditoires du Congrès international de physiologie à Léningrad (Août 1935) une autre série de films passa sous les yeux des assistants qui suivirent avec un intérêt marqué les subtiles péripéties des processus nerveux projetés sur l'écran. Et, à l'appui de notre thèse, nous pourrions citer bien d'autres exemples encore.

Le domaine de la psychiatrie, dans le sens précis du terme, est celui où l'application du cinéma semble encourager les espérances les plus hardies. Et, en effet,—la conduite journalière du névropathe ou de l'aliéné ses gestes, ses poses, sa démarche, l'expression de son visage, le jeu de ses muscles—toute la longue succession des symptômes sans cesse variants—depuis les premiers indices, les avant-coureurs, presque insaisissables pour l'oeil inéxpérimenté, mais d'autant plus précieux aux yeux du spécialiste, en passant par tous les détours sinueux du mal, les rémissions, les rechutes, les „intervalles lucides",—et jusqu'aux crises les plus violentes, les plus tragiquement bizarres—et tout cela—chacune de ces dixièmes de secondes, uniques et irrévocables—pris sur le vif et plaqué, fixé à jamais sur le film mouvant, véridique, pasionnant et impassible—quoi de plus saisissant, pour l'aliéniste résolu à combattre le mal, à force d'en scruter les replis les plus intimes?...

La fixation du matériel pathologique, la réverbération qu'il laisse sur le film—c'est ce que nous appelons la méthode pathocinégraphique de documentation. Elle peut être appliquée à toutes les branches des sciences médico-biologiques, mais elle ne sera pas la même pour chacune de ces branches. Chaque discipline, par les particularités qui lui sont inhérentes, ne manquera pas de laisser une certaine empreinte spécifique sur la méthode pathocinégraphique.

C'est dans cet ordre d'idées que nous avons jugé opportun de proposer, pour désigner l'ensemble des méthodes dont nous venons de donner l'esquisse, un terme nouveau — la „Patho-psychocinégraphie".

Nous insistons sur la dose d'approximativité que ce terme implique nécessairement. Son envergure est plus large que l'on ne serait tenté de l'admettre ne se basant que sur le sens litté-

ral des racines dont il est composé. A notre avis, ce terme doit embrasser tout un groupe de disciplines apparentées: anatomie, physiologie, neuropathologie et pathophysiologie du système nerveux, psychologie, neuropathologie et psychiatrie—bref, le cycle complet des sciences psychoneurologiques. La pathopsychocinégraphie, à notre point de vue, doit former un corps à part et indépendant, bien que de caractère auxiliaire; elle aura pour base des principes théoriques nettement déterminés, une méthode et des procédés techniques appropriés aux buts quelle se pose. Ce sera un tout complexe composé de toute une série d'ingrédients, qui s'entrecroiseront et se complèteront les uns les autres.

Il existe plusieurs catégories ou types de films dont l'ensemble pourrait former ce que nous désignons par le terme de pathopsychocinégraphie. La classification générale de ces types pourrait s'esquisser, à peu près, comme suit:

1. La Pathopsychocinégraphie de recherches scientifiques.
2. La P.-C.-G. d'information (de documentation).
3. La P.-C.-G. scolaire (éducative).
4. La P.-C.-G. de propagande scientifique, visant à une vulgarisation de masse des résultats obtenus.
5. La P.-C.-G. artistique, qui se subdivise en:
   a) Productions d'un effect nocif („traumatisant"), par rapport à la mentalité des spectateurs (auditeurs).
   b) Productions d'un effet contraire, c. à. d. contribuant à calmer, à fortifier et à discipliner les facultés mentales des assistants.
6. La P.-C.-G. proprement thérapeutique (médicale).

Chacune des rubriques de ce schéma a sa valeur intrinsèque qui la rend indépendante des autres. Il va de soi qui la classification dont nous venons d'esquisser les contours est relative, de par la nature même du sujet traité. Il serait présomptueux, à l'étape où nous en sommes, de prétendre donner une classification achevée et définitive du vaste domaine désigné par ce terme, la Pathopsychocinégraphie.

C'est par la première de nos rubriques,—par la P.-C.-G. des recherchers scientifiques- qu'il est tout naturel que nous abordions notre analyse. Sa destination, son caractère propre ne présentent rien qui puisse prêter à l'équivoque: elle est appelée à prêter une arme sûre aux savants specialistes. Elle ne pretend pas à un rôle qui se laisserait juger d'après les échelles quantitatives (effets de masse etc). Elle a son auditoire trié, celui des spécialistes qui sont à même d'apprécier les résultats et les perspectives qu'elle leur fait entrevoir.

L'importance du rôle que cette variante de la P.-C.-G. est appelée à jouer au cours des recherches scientifiques, elle la doit à certaines qualités qui lui sont inhérentes, que nous avons déjà effleurées dans un coup d'oeil rapide, et dont voici l'exposé analytique aussi succint que possible:

1°) Elle est capable de fixer sur l'écran le cours entier de la maladie mentale, ce qui ne l'empêche nullement d'en détacher certains épisodes, certains fragments isolés, au fur et à mesure que le besoin s'en présente; dans les deux cas, elle le fait sans altérer en quoi que ce soit les linéaments réelement observés.

2°) Ce n'est pas seulement l'aspect statique du phenomène étudié, c'est encore—et c'est surtout—sa dynamique, la suite de moments „contigus" se succédant indéfiniment que nous confie le film révélateur.

3°) Cette méthode pathopsychocinégraphique permet d'effectuer toutes sortes de manipulations avec les mouvements fixés sur l'écran, elle les peut disséquer en phases consécutives, elle peut en accélerer ou en ralentir le cours. Ceci confère à l'expérimentateur une maîtrise sans pareille par rapport à la durée, au temps,—cet élement de tout premier ordre,—dont il pourra désormais, si bon lui semble, faire varier à l'innfini l'échelle et le coëfficient.

4°) Cette méthode l'autorise, de plus, à reproduire indéfiniment (en entier ou en partie) le matériel fixé sur l'écran; est-il besoin d'insister sur les inestimables avantages qu'un tel élargissement du champ de recherches lui promet et lui assure?

Pour une étude de longue durée, portant sur un cours de maladie compliqué et multiforme, l'expérimentateur pourra avoir recours à une méthode d'extrapolation des phases qu'il voudra étudier isolément.

Les mêmes avantages se font apprécier dès que nous abordons le terrain du diagnostic à établir dans les cas cliniques de simulation ou de dissimulation. A ce dessein, une salle spéciale „d'observation cinématique" peut être organisée; le patient qui entre dans cette salle n'aperçoit aucune trace d'appareillage cinématographique, que l'on a eu le soin de cacher derrièrè des judas d'une construction spéciale. C'est grâce à cette précaution que le malade—qui ne s'en doutera pas—pourra être fixé sur le film à chaque moment donné du jour ou de la nuit.

La deuxième rubrique de notre schéma, c'est la P.-C.-G. d'information (ou documentaire). Elle fait naturellement suite à la précédente (la P.-C.-G. des recherches scientifiques). Elle se

contente de fixer sur l'écran, l'une après l'autre, toutes les manifestations d'une mentalité morbide, sans s'apprêter, de parti pris, à les soumettre ensuite à une analyse spéciale et approfondie. De par son essence, le film d'information n'est pas appelé à jouer toujours un rôle indépendant; bien souvent, il se voit réduit à des rôles d'auxiliaire, de suppléant,—pour servir de matiere brute aux transformations ultérieures: analyse scientifique, utilisation scolaire (écoles de médecine), grands auditoires de masse.

Le 3-ème type de notre inventaire—c'est la P.-C.-G. d'enseignement. Son but nettement déterminé, c'est la formation des cadres de psychoneurologistes avisés et compétents. A ce point de vue, la P.-C.-G. apparaît comme un anneau précieux de la grande chaîne du „matériel scolaire".

Sous la quatrième rubrique, nous voyons figurer la P.-C.-G. de propagande scientifique. L'auditoire auquel elle s'adresse, c'est le pays tout entier,—sa population intégrale. Et que prétend-elle leur donner, à tous ces millions de spectateurs et d'auditeurs—terrain encore vierge, masses avides du savoir?.. Elle leur apporte, puisée aux meilleures sources et présentée sous une forme artistement captivante, tout ce qu'il y a de plus utile et de mieux approprié à leurs besoins réels, dans la trésorerie de ces trois grandes branches de la science: neurologie, psychiatrie, hygiène mentale.—Un problème à part, et d'une actualité sans conteste—c'est celui des rapports à établir entre la P.-C.-G. — en général et les ingrédients de caractère purement artistique qui en font partie intégrante. Il paraît qu'à ce point de vue, trois grands types de rapports se laissent établir aussitôt:

1°) Certains motifs psychopathologiques se trouvent reflétés, comme thème et comme matériel de construction, dans le tissu de l'oeuvre d'art cinématographique. Citons, à titre d'exemple, le „Chemin de la vie" ou le „Naufragé de l'Empire".

2°) Par le caractère du thème choisi et du sujet traité, par les particularités de leur mise en scène, le film exercera, sur l'état mental des spectateurs, une influence d'autant plus grande que ses moyens de suggestion artistiques auront été plus efficaces.

Dans tous les cas où cette puissance de suggestion aura été mise au service des causes manifestement malsaines, il y a tout lieu de redouter ce qui—par analogie avec les heurts corporels—a été qualifié de „traumatisme psychique".

3°) Par contre, un film qui se recommande par ses hautes qualités artistiques, pour peu qu'une initiative bien intentionnée

et compétente s'en mêle, pourra devenir un sédatif, un corroborant pour le système nerveux du spectateur d'une mentalité quelque peu déséquilibrée qui, la séance terminée, se sentira plus résolu, mieux armé pour les luttes amères de la vie. Ici, le film apparait en sa qualite d'instrument puissant de psychothérapie, il fait partie de ce que nous proposerions d'appeler la c i n é t h é r a p i e.

Enfin, la s i x i è m e (et dernière) section de notre schéma est constituée par les films cinéthérapeutiques spéciaux, déstinés à la thérapie des maladies nerveuses et psychiques. Il s'agit ici, de créer tout un ensemble de nouvelles méthodes dont le rôle promet d'être très important dans le système general de médication thérapeutique de nos cliniques et de nos hôpitaux.

Le rapide aperçu que nous venons de faire des six sections ou variantes de la Pathopsychocinégraphie laisse déjà entrevoir l'immense portée de cette symbiose des méthodes scientifiques les plus raffinées et de l'application technique la plus moderne. Ce n'est pas tout, il importe, au surplus, d'en considérer le caractère essentiellement international.

En effet, tout ce qui, dans ce domaine, vient à se faire jour dans n'importe quel recoin du globe, peut, du jour au lendemain, devenir l'apanage de tous les pays civilisés. De là, la necessité d'une étude approfondie et minutiuse de tout ce matériel précieux et abondant. De là, aussi, la certitude de pronostiquer que, dans les salles de projection des Congrès internationaux prochains, le film soviétique, résumant le laborieux effort de la pensée de nos neurologistes et de la technique de nos cinéastes saura tenir le rang qui lui convient.

L'autre part, il est urgent d'explorer et d'utiliser ce que nous confère l'expérience des pays occidentaux. Ce n'est d'ailleurs nullement un tout uni et homogène que ce vaste inventaire de la P.-C.-G. etrangère. Elle embrasse—tout à l'egal de la nôtre,—un certain nombre de types ou de variantes: films de recherches scientifiques, films d'enseignement, films de vulgarisation scientifique et films d'art. Ces types ne présentent pas une valeur égale. Les uns, comme par exemple les films de recherches scientifiques et les films d'enseignement, se recommandent par le sérieux consciencieux de leurs scénarios, les autres—et c'est le cas des films de vulgarisation scientifique et des films purement artistiquesclaissent assez souvent à désirer, quant à la qualité de la production (l'expansion quantitative, le succès exorbitant de beaucoup d'entre ces films ne saurait, certes, pallier à ce défaut incurable).

A l'étranger, les films de recherches scientifiques et les films d'enseignement émanent des instituts et des laboratoires de psychoneurologie. Il existe nombre de cliniques et d'instituts qui se servent de cette méthode. C'est la clinique psychiatrique de Francfort sur-le-Mein, dirigee par le professeur Kleist, qui, à juste titre, détient le premier rang parmi les institutions de ce genre.

En ce qui concerne le film de vulgarisation scientifique de masse, il se trouve placé, à l'etranger, dans des conditions beaucoup moins favorables. Et, d'abord, c'est le plan, l'utilisation systématique du matériel de psychoprophylaxie destiné pour l'écran, qui y fait presque entièrement defaut. Les thèmes paraissement improvisés, il semble qu'aucune idée générale n'ait présidé à l'élaboration d'une multitude de ces films, si ce n'est un souci de succès immediat et de sensation passagère. Ce n'est pas la noble ardeur à propager les lumières de la science qui semble avoir inspire ces éphémérides hâtives et par trop légères, mais bien plutôt l'espoir du gain, du succès pecuniaire assuré et prompt.

Si maintenant nous passons à l'examen de l'influence qu'exerce, à l'etranger, sur les auditoires de masse des cinémas, les films à sensation quasi-artistiques,—nous aurons de la peine à en apprecier, dans leur juste mesure, les effets „traumatisants" vraiment funestes. C'est un terrain d'investigation à peine effleuré et qui cependant, mériterait une attention spéciale des sociologues, des psychologues, des pédagogues et aussi, bien entendu, des neurologistes et des psychiatres.

Visant aux buts dictés par les intérêts de classe de la bourgeoisie, incités par des appétits de gain, les firmes de production cinématographique se sont évertuées à inonder le marché des pays capitalistes d'un déluge de films dont la fonction, dans la plupart des cas, se résumerait assez bien par cette formule: „estropier" la mentalité des spectateurs. Le but auquel ces films aspirent est clair et précis: s'atner les bonnes grâces de ce grand facteur: le nombre, et ne se point soucier du reste. C'est par là que s'expliquent, sans trop de difficulté, toutes les tares de ce genre de production: manie du sensationnel, habitude prise de flatter les instincts les moins nobles de la multitude, culte du sexuel, voire même du pornographique, etc.

La Pathopsychocinégraphie soviétique se félicite d'être fondée sur des principes d'une tout autre nature.

Issue du grand élan culturel du prolétariat, fille de la Révolution d'Octobre, le Pathopsychocinégraphie soviétique a de signalés services à noter sur son actif.

Au point de vue quantitatif, dans la masse globale de la production filmée de la P.-C.-G. soviétique, c'est au film de vulgarisation scientifique que revient l'honneur de la primauté; le film d'investigation scientifique et le film d'enseignement le suivent de bien près.

Sous l'égide du grand parti communiste, la P.-C.-G. soviétique s'édifie d'après un plan préconçu, sur une base de principes élevés et solides, qui sont ceux mêmes de la nouvelle société socialiste; l'homme vivant, bien portant ou malade, s'y trouve être l'objet des plus discrètes sollicitudes. Les soucis du gain, du bénéfice à réaliser lui sont parfaitement étrangers. Ce sont les psychologues soviétiques—nous nous bornerons à ne citer que les noms des professors L. S. Vygodsky, A. R. Louria, A. I. Léontiev—qui, au cours de toute une serie d'années se sont servis de la méthode cinégraphique pour étudier la conduite et l'intellect de l'enfant. Dans nos cliniques, le film se trouve également mis au service des recherches scientifiques et de l'enseignement. L'academicien M. B. Kroll étudie les syndromes neuropathologiques à l'aide du cinéma.

Le professeur M. Séreysky et le docteur A. Khatchatouriann on moété à l'Institut Central pour le perfectionnement des médecins, le scenario: „Le sommeil expérimental" (provoqué à titre d'experience). A l'Institut panunioniste de médecine expérimentale (V.I.E.M.) des sujets du plus haut intérêt scientifique ont ete filmés. C'est ainsi que, sous la direction du professeur I. P. Pavlov, d'abondants matériaux sur la conduite des singes avaient ete projetés sur l'écran. Le professeur N. I. Propper (Moscou) s'est servi de la méthode cinégraphique pour approfondir l'étude des différentes phases de l'attaque epileptique chez les animaux. Parmi les films d'enseignement, signalons, en premier lieu, ce film remarquable „Le système nerveux" qui, par ses 14 sections, donne un résumé substanciel et lumineux du sujet traité. C'est toute une serie de „manuels cinégraphiques" dont un sujet unique fait un tout parfaitement ordonné et qui est appelé à rendre de signalés services à l'enseignement. Il faut classer, parmi les mieux réussis, les cadres qui sont destinés à illustrer les proprietés du tissu nerveux: la cellule (notion générale), l'excitabilité du tissu nerveux, son mode de réaction aux les différents excitants, la notion du ton (de la tonicite), etc.

La décerébration des animaux—chats, chiens, singes—jette une vive clarté sur le rôle que jouent, dans la conduite des animaux, les hémisphéres du cerveau.

Parmi les films d'enseignement psychiatriques, nommons celui qui enregistre un cas très rare de „Microcéphalie“ (Clinique psychiatrique du Premier Institut de Médecine de Moscou, Directeur: prof. V. A. Vnoukov) et celui qui traite „Un cas de schizophrénie“ (Clinique psychiatrique du Deuxième Institut de Médecine de Leningrad, Directeur: prof. R. J. Golantt).

A l'heure actuelle, la Pathopsychocinégraphie sovietique se trouve au début d'une nouvelle étape d'investigation créatrice et voit s'ouvrir devant elle de larges horizons inexplorés. Et c'est surtout au film de recherches scientifiques et au film d'enseignement, qui s'engagent dans une voie de fructueuses expériences, que cette constatation doit être appliquee.

Pour ce qui concerne le film de vulgarisation scientifique, il se trouve dans des conditions plus favorables encore. Toute une serie de cadres d'une valeur incontestable et de l'interêt le plus actuel s'y trouvent dejà réalisés. Il nous suffira de nommer ici la „Mécanique de l'encéphale“, film illustrant la doctrine de l'académicien Pavlov sur les processus nerveux supérieurs, „l'Alcool“, „L'homme et le singe“,—pour ne pas parler d'un bon nombre d'autres films non moins marquants.

Au moment où nous ecrivons ces lignes, notre studio de cinéma à Léningrad prépare un grand film sonore consacré à la doctrine de l'académicien I. P. Pavlov sur les principes fodamentaux de l'activite nerveuse superieure.

Il ne sera pas sans interêt de noter que, dans un certain nombre de nos films artistiques, des éléments d'ordre psychopathologique ont été mis à profit par les auteurs des scénarios. Parmi les films les plus universellement connus de cette catégorie, citons, à titre d'exemple, puisqu'aussi ils ont fait le tour du monde—le „Chemin de la vie“ et „Le Naufragé de l'Empire“. Le premier de ces films, qui se fait remarquer par une rare et heureuse maîtrise de toutes les ressources de suggestion artistique, est un tableau saisissaut des malheurs causés par l'alcoolisme, mais c'est, en même temps, une leçon de choses destinée à combattre le mal. Quant au „Naufrage de l'Empire“, il présente un intérêt plus palpitant encore, puisque la mentalité anormale du héros de la pièce y est traitée de manière à former le tissu même de l'intrigue, d'une grande complication dramaturgique. Le sujet de ce film est assez connu: un soldat qui prend part à la grande guerre mondiale de 1914—1918 se trouve contusionné dans une bataille, ce qui lui fait perdre sa mémoire. Sur ces entrefaites, la révolution vient triompher en Russie, l'ancien régime tsariste, sombré, fait place à la nouvelle ère socialiste.

Le soldat contusionné ne se doute ni ne se souvient de rien. Un hasard le met un beau jour, dans un train, en face de sa emme dont il ne se souvenait plus. Cette rencontre lui rend le souvenir de son passé, il commence à s'orienter dans ce nouveau monde qui, désormais, devra être le sien, et il finit par s'y attacher joyeusement, de foutes les fibres de son coeur.

Ce ressouvenir de ce qui semblait être voué à un oubli sans remède, ces essais d'une orientation nouvelle—tout cela est incrusté dans le jeu très compliqué d'une action dramatique menée avec l'artle plus sûr et richement assaisonnée de toute une gamme de fines nuances psychologiques. Le metteur en scène semble avoir disséqué l'âme du héros malade pour en étudier ensuite, „sous le microscope de l'oeil du cinéma", chaque cellule séparée.

A comparer ce film avec tant d'autres de provenance étrangère (puisqu'ils sont nombreux les films étrangers qui se servent d'éléments psychopathologiques en vue de combinaisons scéniques compliquées)—une chose se laisse apprécier aussitôt: c'est l'absence absolue de toutes sortes d'„horreurs". Le malade, dans notre film, est présenté sous un jour calme et attrayant. C'est un enfant, il respire la confiance tranquille et la bonté. Le film est documentaire en ce sens qu'il apporte des preuves tout à fait convaincantes à cette simple constatation: une personne dont la mentalité a ete atteinte, ne se trouve pas rejetée, de par ce fait même, en dehors de la collectivité humaine; malgré le mal dont il pâtit, les voies à la vie et au travail lui restent grandes ouvertes. Ce point—qui contraste singulièrement avec les productions étrangères analogues—aurait suffi, à lui seul, pour faire de ce film un excellent moyen de propagande psychoprophylactique. Mais il fait plus que cela. Le film enseigne au spectateur qu'une maladie psychique n'est point du tout, en thèse generale, une maladie incurable. Il en apporte un temoignage qui se fixe dans le mémoire—le malade, grièvement atteint, finit par recourer sa santé. Ce dénouement fait, sur le spectateur, l'effet d'un sédatif. Le film se révèle optimiste non seulement au point de vue de la généreuse conçeption sociale dont le souffle l'anime, mais encore et surtout, dans le sens plus précis et plus saisissable de la thérapie des maladies psychiques. C'est là, à notre avis que réside l'essence même d'une utilisation rationnelle des éléments psychopathologiques par le cinéma d'art.

On l'a dit et on l'a répété, l'influence produite sur un auditoire de masse par une oeuvre d'art filmee ne saurait jamais être exagérée. Et c'est par là même que se trouve posée

à l'ordre du jour cette question si simple et si comliquée: que faut-il faire pour mettre l'écran au service de la thérapie mentale?

La cinétherapie devra embrasser—on s'en aperçoit sans peine—ces deux composants:

A. Psychotherapie moderne.

B. Cinématographie moderne (de science et d'art, bien entendu). Ce seront de nouveax problèmes à resoudre que ceux dont la cinétherapie nous chargera demain. Et les methodes que nous aurons à suivre seront des methodes synthetiques par excellence. Il s'agira de creer, d'après un matériel habilement choisi et combiné, des films d'une influence psychothérapeutique contrôlee et sûre et qui soient à la hauteur des moyens de suggestion incomparables, offerts par le cinéma synthetique de nos jours.

Les oeuvres d'art filmees recèlent une puissante charge de suggestion emotionnelle, qui penètre jusqu'aux replis les plus secrets de la personnalite humaine. Reflete par l'écran, ce courant emotionnel envahit l'auditoire, l'entraîne à sa suite, en devient maître.

Il est notoire que c'est la parole vivante qui joue le premier rôle dans les seances psychotherapiques.

En cinétherapie, la parole, en tant que facteur psychotherapeutique, se trouvera chargee d'une fonction double et agira en deux sens simultanement: premièrement, ce sera la parole prononcee de vive voix par le medecin—psychothérapeut puisque c'est lui qui se chargera des preambules au film annonce et en donnera plus tard une analyse orale à l'auditoire deses patients; et deuxièmement, ce sera la parole de la pièce filmee sonore—parole dont la force suggestive sera beaucoup plus grande encore. Cette parole emanant de l'écran, elle pourra se revêtir de toutes les modulations, de toutes les nuances sonores—depuis l'aveu à peine chuchote et jusqu'au chant, à la cantilène vibrante. Elle pourra être meditee, ponderee d'avance, combinee en phrases d'une construction savamment ordonnee et presentee au spectateur-auditeur sous les dehors les plus seduisants. Elle pourra,—meteore eblouissant,—sillonner sa memoire etonnee et y laisser une trace durable et bienfaisante. Elle pourra être renforcee par une multitude d'effets musicaux, par des pauses, par des accents toniques.

Mais ce n'est pas tout.

Le point cardinal qui la distingue, à son avantage, bien entendu, de la parole simplement psychotherapique, c'est que la

parole de la seance filmee se trouve intimement combinée avec tout ce qui, sur le carre lumineux de l'écran, impressionne l'oeil attentif du spectateur. Et tout, dans l'entourage, dejà consacre par la tradition de la seance cinématographique, concourt à ce que cette parole ait les mellieures chances de s'impregner dans l'esprit de l'auditeur.

Souvenons nous en un peu, en effet: la salle, muette, est plongee dans les tenebres. Çà et là, quelques miroitements, quelques lueurs indecises, des lanternes indiquant les entrées et les sorties.

Dans cette obscurite presque absolue, une suggestion d'un caractère specifique commence à se produire dejà. Le spectateur est averti, il sait que dans quelques secondes les cadres d'un film inedit se derouleront sous ses yeux. Il se sent calme par l'absence de la lumière agaçante, par cette obscurite qui, de toutes parts, l'enveloppe doucement. Et, tout d'un coup, son attention se trouve fixee, toute entière, sur l'écran lumineux qui, en ces moments—ci, apparaît comme une veritable place d'armes de la suggestion cinétherapique. Les images visuelles, lignes ondoyantes, formes, contours gracieux et expressifs, toute la gamme captivante des couleurs—pourquoi pas?—se mêlent aux impressions auditives, s'y combinent de manière à ne former qu'un seul courant suggestif harmonique et bienfaisant. Tries avec soin et methode par le filtre d'une mise en scène therapeutique savante et avisee, tous ces moyens de suggestion combines tendent à influencer le malade, à lui apporter le calme, la confiance, la guerison.

Une musique finement appropriee, une ouverture d'orchestre par exemple, y contribue puissamment pour sa part; elle va droit au coeur du malade. L'entrée en matière ainsi faite, on voit ensuite apparaître sur l'écran la figure du psychotherapeuticien. C'est, dans la plupart des cas, un médecin specialiste d'une haute competence reconnu. Le spectateur—auditeur l'aperçoit successivement dans des plans differents: dans le plan général tout d'abord, c'est à dire en pied; puis dans un plan elargi—on ne voit que la partie superieure de son corps—puis, dans des plans plus grands encore et qui vont s'elargissant toujours. A un moment donne, le visage tient toute la superficie de l'écran; puis, l'echelle s'elargissant toujours, le front et le menton disparaissent de l'écran et l'on n'y voit plus que la racine du nez et les yeux. Des yeux enormes, qui tiennent l'écran tout entier. Et ils ont une expression de bonte, de calme, ces yeux, ils encouragent, ils fixent et ils commandent.

Le psychothérapeuticien se tait encore, ce n'est que la musique que parle et dont l'oreille perçoit à peine les sons, une musique qui paraît venir de très loin, messagère discrète d'un espoir naissant. Puis, vient le tour de la parole humaine. Et, à mesure qu'elle se fait entendre plus distinctement, les modulations des instruments musicaux vont s'affaiblissant, s'effacent de plus en plus, pour ne former qu'un fond de dentelles recule, ondoyant et vague. Sur ce fond, la voix du psychothérapeuticien, sa parole lente et persuasive, s'accuse de plus en plus nettement, elle acquiert en sonorite, elle s'infiltre, singulièrement captivante, jusque dans les replis les plus secréts de l'âme. Un sentiment d'apaisement général s'empare du malade, il se sent glisser sur la pente de l'assoupissement. Mais non, il ne dort pas. Il entend tout ce qui emane de l'écran, mais il n'entend que ce qui en emane, tout le reste est exclu. Les paroles, une à une, tombent, ponderees et doucement pesantes, au fond de sa conscience, et il se sent venir des forces nouvelles, il rerpend confiance en lui- même, il se sent rassure et comme rajeuni. Peu à peu, d'autres elements de la cinétherapie entrent en jeu. Des schemas graphiques (de multiplication) apparaissent sur l'écran; lignes de differents contours, s'allongeant et s'irradiant de tous côtes, cercles, figures se dilatant à l'infini toutes sortes d'impressions visuelles aptes à suggerer des idées de repos et de bien-être. Elles sont accompagnees de musique et parallélement, sur un fond combine d'impressions acoustiques et visuelles, resonne la parole du psychotherapeuticien, coulante, riche en modulations expressives.

Le differents effets de lumière, du clair-obscur, habilement combines, tendent au même but et contribuent à accentuer l'impression générale d'assurance, de calme, de repos.

L'alternance de la lumière et de l'ombre, l'accentuation, par les effets d'eclairage, de certains points saillants du discours prononcé- tout cela concourt aux mêmes fins, et, s'associant organiquement à d'autres facteurs, tend à porter à son maximum de rendement la somme de suggestion psychothérapeutique.

Tous ces differents composants „planent" pour ainsi dire dans l'auditoire: c'est toute une chaîne compliquee de sonorites et d'images; la parole du therapeute, la musique, les impressions visuelles, les coups du metronome, les sons du gong, etc., bref toutes les ressources multiples de la psychothérapie la plus raffinée doublée de la technique cinégraphique la plus moderne.

C'est bien tout cela que nous voudrions resumer par ce terme synthetique: l a c i n é t h e r a p i e.

Le rythme qui a preside à la projection du scenario filme est aussi un point de la plus haute importance.

Le problème du rythme est, comme on sait, d'une très grande actualite, dans l'ensemble des moyens d'influence dont peut disposer un metteur en scène de cinéma. C'est le pivot de la pièce filmee. Que le rythme s'accèlère ou se ralentisse, qu'il se maintienne sans varier à une etape donnee, qu'il se modifie à certains intervalles,—tout cela, c'est autant de moyens de suggestion très efficaces.

L'acceleration du rythme correspond ordinairement á l'acceleration et à l'accentuation de l'action dramatique, elle accompagne et elle fait ressortir les points saillants de la composition dramatique.

Le rythme qui s'accelère toujours marque, à son apogee, l'action prête à culminer.

Le rythme etant modifie, la conception générale du film se modifie necessairement, et c'est là un point dont il est utile de se souvenir.

Nous devons noter un point encore, c'est que la cinétherapie est un ensemble de methodes collectivistes par excellence.

Le traitement au moyen de la psychotherapie se revêt ordinairement d'un caractère strictement individuel.

Le médecin et le malade ne se rencontrent qu'en tête à tête, en thèse générale. Le médecin se voit donc oblige de prodiguer ses soins à chacun de ses malades separement. Cela lui fait perdre beaucoup de temps et d'énergie. De plus, cette methode etroitement individualiste ne permet pas de mettre à contribution ce que l'on a appele „l'induction", c'est à dire la possibilite d'utiliser, au moyen d'une séance collective, l'influence que les malades exercent les uns sur les autres.

La cinéthérapie est la methode la plus rationnelle de psychotherapie collective.

L'art du cinéma s'est de tout temps distingue par son caractère eminemment collectiviste. C'est l'art des grandes masses par excellence, celui qui compte ses clients par centaines de millions.

Ce point si caractéristique de la cinémathographie a dû, tout naturellement, se refleter dans les methodes cinétherapiques; elles sont, par definition, celles dont le rayon d'action setend au maximum.

On sait que les rapports existant entre les vacillations de la sphère emotionnelle et l'état général de l'organisme ont fait déjà l'objet de consciencieuses études. Les experiences de Wal-

ter Kennon et d'autres expérimentateurs ont apporte d'abondantes preuves à l'appui de cette thèse si reconnue aujourd'hui: les émotions provoquées ou modifiées au moyen de procédes artificiels determinent des changements quantitatifs et qualitatifs dans la composition chimique du sang et exercent une influence sur des systèmes d'organes tout entiers, comme par exemple sur les glandes à secrétion interne et sur le système nerveux sympathique.

Les differentes emotions produisent sur l'organisme des effets differents.

Le point capital, ici, c'est le caractère général de l'emotion. Les emotions d'un caractère „positif" relèvent le ton des réactions de l'organisme, les emotions „negatives" les oppressent.

Cette action se repercute, par voie de refléxe, sur tous les organes et toutes les fonctions de l'organisme humain.

C'est en tenant compte de ces faits que l'experience clinique indique, en lignes générales et approximatives, les limites du champ d'application des methodes cinétherapiques.

Et tout d'abord, la cinétherapie peut être utilisée dans tous les cas qui presentent des deviations de la norme au point de vue de la sphère emotionnelle: une „orthopédie" psychique destinée à rectifier ces deviations s'y impose tout naturellement.

En ce qui concerne la clinique des maladies internes,—la cinétherapie peut rendre de signales services toutes les fois qu'il y a manque d'appetit, repugnance aux medicaments, insomnie et autres symptômes analogues qui affaiblissent l'organisme.

En chirurgie, en gynécologie et en obstetrique, la cinétherapie peut être appliquée et comme auxiliaire des agents soporifiques, et comme moyen d'alleger les souffrances du malade et, enfin, comme mesure de therapie symptomatique. Au point de vue du thème que nous nous sommes designe, la sphère d'application des methodes psychotherapeuthiques à la neurologie et à la psychiatrie presente un interêt special. Il est un terrain qui semble être fait exprès pour la cinétherapie: c'est celui des nevroses et de ce qu'on a appelé les „psychonevroses". Ici, la cinétherapie est capable de jouer avec succès le rôle d'un moyen sûr de therapie symptomatique.

Les differents symptômes de caractère reactif se prêtent parfaitement à la cinétherapie. Elle pourra être appliquee avec succès au traitement des nevroses traumatiques. Son rôle sera considerable dans les secours portes aux narcomanes. De même,

certaines espèces de perversions sexuelles qui sont, avec succès traitees au moyen de l'hypnose, pourront l'être aussi au moyen de la cinétherapie (onanisme, troubles fonctionnels de la sphère sexuelle, etc.). C'est à peu près dans les mêmes formes qu'il conviendrait d'apprecier l'efficacite du traitement, par la cinétherapie, de l'enuresie nocturne.

En psychiatrie, la psychothérapie suggestive et l'hypnose en particulier, avaient ete appliquees par beaucoup d'auteurs (Voisin, Forel, Kauffmann, Seglas, Holländer; chez nous, en URSS, par Bekhterev, Herver, Platonov et autres). Il est evident que la cinétherapie, au fur et à mesure qu'elle se developpera, pourra, elle aussi, s'y rendre utile.

A notre point de vue, la cinétherapie devrait englober toutes les formes variées de la psychothérapie moderne. Il ne s'agirait, dans chaque cas particulier, que du choix judicieux de procedes specifiques capables de mener au but prepose. Et c'est ce qui nous fait voir aussi, que, sur ce terrain de neuropathologie et de psychiatrie, la cinétherapie est appelee à jouer un rôle qui, de beaucoup, va surpasser celui qui y fut joue, naguère, par l'hypnose proprement dite. En effet, on se tromperait lourdement si l'on ne consentait à entrevoir, dans la cinétherapie, branche nouvelle et à peine exploree, qu'un developpement ulterieur d'anciennes methodes hypnotiques. Bien au contraire, la fonction principale de la cinétherapie sera celle d'influencer le malade qui se trouvera en etat de veille. Elle donnera aux nevropathes et aux alienes des séances d'un caractère reconfortant, rejouissant et calmant. Son grand souci sera celui de disraire, de detourner les malades des idées hypochondriques qui les oppressent.

Là où il s'agira de lesions organiques, elle va contribuer à en faire disparaître les „complications psychogènes". Somme toute, elle aura une grande tâche responsable à accomplir auprès de ses malades, elle devra les convaincre, les consoler, les tranquilliser, les reeduquer même, dans les limites du possible.

Sera-t-elle en état d'arriver à tous ces buts?

L'affirmative s'impose evidemment. Confiée à de reconnues competences qui en sauront tirer tous les avantages qu'elle recède, basée sur des methodes soigneusement meditées et se servant de procédes techniques les mieux appropries à ses buts, la cinétherapie deviendra ce qu'elle est appelee à devenir—un facteur efficace et precieux de thérapie des maladies nerveuses et psychiques.

Dans l'application pratique des procedes cinétherapiques, ce sera toujours le médecin qui va jouer le rôle dirigeant. Les films, entre ses mains, ne seront jamais que des moyens dont il se servira à volonté, pour arriver aux buts qu'il se sera poses. Par consequent, il n'y a aucune raison d'apprehender que des elements purement mecaniques, dans les films projetes, se substituent à l'initiative creatrice et libre de „l'homme vivant".

La cinétherapie aura à creer, pour ses buts speciaux, des films psychotherapeutiques, très documentes pour le fond, et de forme entraînante, et qui soient capables de suggerer, à l'auditoire de la clinique, les idées et les emotions d'un'effet curatif. Ce pourront être des films d'un caractère educatif general ou bien encore on pourra mettre à profit des sujets d'un interêt plus special (histoire, ethnographie etc.), tout en ayant soin de les filmer de sorte qu'ils puissent devenir matière de recreation, de tranquillisation pour les malades excites. Puis, ce sera la part à faire au genre amusant: comedies, sketches humoristiques, films ensoleilles, fremissants de gaîte et de rire, capables de derider les fronts les plus assombris et d'entraîner les auditoires les plus rebelles.

Et, pour clore la serie de ces productions cinétherapiques, rien n'empêchera de creer des films suggestifs au sens propre du terme—films qui, dans un auditoire de clinique, vont provoquer l'hypnose, le sommeil hypnotique, pour le tourner habilement au profit des malades endormis.

Les films cinetherapiques pourront, par leurs idées et par leur presentation, chez certains malades, se reveler stimulateurs de ces aptitudes cachees, de ces germes de création artistique qui, plus souvent qu'on ne s'en doute, dorment, inapprecies, au fond de leurs consciences assoupies.

Un point très essentiel, dans les methodes cinétherapiques à creer—c'est celui du dosage, des indications et des contre-indications du matériel cinématographique.

Tout film de quelque valeur artistique etant, par là même, un moyen de suggestion très efficace, il importe de ne s'en servir que prudemment et en connaissance de cause. Une vaste enquête scientifique, fondée sur des données experimentales, se poserait donc, à notre avis, à l'ordre du jour, dans ce domaine important. Elle pourrait s'effecteur, en lignes generales, d'après un plan ainsi conçu:

A. Triage des malades et leur classement par groupes d'après les données de leur état psychique.

B. Projection de films divers à titre d'essai, dans le but d'influencer les malades.

C. Enquête individuelle, portant sur tous les spectateurs, au sujet du film projete.

D. Une conference de caractère approfondi (echange d'impressions, de vues etc.), visant á apprecier l'efficacite du matériel projete.

Ces quatre points ne formeront, dans leur ensemble, que la première etape de l'etude experimentale que nous proposons.

Deuxième étape:

E. Examen experimental des indications et des contre-indications pour un emploi d'agents cinétherapiques (films entiers, cadres detaches, episodes).

F. Examen experimental du dosage des agents cinétherapiques pour les differentes maladies et pour les divers etats anormaux.

G. Examen des methodes à suivre pour faire entrer les dosages cinétherapeutiques dans le système general des mesures thérapiques à appliquer aux malades.

H. Discussions des problèmes se rattachant à la création de toute une serie de films psychothérapeutiques.

Et, enfin, la troisième étape:

1. Etude de tout ce matériel fourni par l'experience en vue d'une production systematique de films psychothérapeutiques nouveaux.

Parallèlement, les etablissements neuro-psychiatriques auront à creer des archives speciales de cinétherapie qui vont accumuler et conserver ces films cinétherapiques.

Les methodes cinétherapeutiques apportent de nouveaux points d'appui techniques au médecin pratiquant dans une clinique speciale. Ce nouveau facteur, cette arme nouvelle la cinétherapie—sont appeles à lui rendre de signales services.

Un point qui n'est pas à negliger,—c'est que, dans ces films cinétherapiques, chaque pays trouvera, fidèlement reflétee et fixee pour un temps indefini,—toute l'experience condensee, tout le talent de ses psychotherapeuticiens les plus renommes qui auront pris part à la création de ces films sonores et suggestifs.

A ce point de vue, ce seront autant de monuments de ces nobles pionniers, monuments agissants et durables.

Que savons-nous, en effet, à l'heure qu'il est, de ce qu'ont été de leur vivant, pour leurs malades et leurs éléves, pour tout leur entourage, les psychotherapeuticiens tels qu'un Charcot, un Dubois, un Dejerine?.. Dans les ouvrages imprimes qu'ils nous

ont laisses on ne trouve que l'essence, les lignes générales de leur doctrine et l'argumentation théorique qui leur sert de base.

Quant au caractère spécifique des methodes et des procedes dont ils s'étaient servis, à l'impression intime et toute personnelle qui s'en degageait, à l'énigme de leur ascendant qui tenait du prodige, ce serait pretention vaine que d'en vouloir chercher le mot sur les colonnes jaunies de ces manuels morts.

Il en serait bien autrement si, de quelques dizaines d'années, l'avènement du film cinetherapique ne s'était trouve en retard sur l'époque où vivaient ces grands promoteurs de la therapie mentale.

Il ne nous reste, pour conclure, que quelques mots a dire sur les indications generales à suivre lors de la production des films cinetherapeutiques.

Les films pathopsychocinegraphiques—nous l'avons deja note-sont loin de presenter les caractères d'une homogeneite absolue. Par consequent, il nous paraît impossible de formuler des principes d'une portee generale et qui soient applicables à tous les genres de films à la fois. Il serait beaucoup plus rationnel de différencier les types et les genres et d'en faire l'analyse separement, pour trouver ensuite les moyens les plus efficaces du suggestion et les voies les plus appropriées de presentation artistique (films d'erseignement, films de vulgarisation et films therapeutiques). C'est pour donner une idée d'une analyse de ce genre que nous faisons suivre notre monographie d'un scenario destine a être films: „Etats crepusculaires".

Le scenario se compose de sept parties.

La première partie contient les preliminaires et donne un rapide aperçu de ce que c'était que la psychiatrie au moyen âge.

La deuxième partie traite du rôle des croyances religieuses dans la genèse des troubles nerveux.

La troisième partie est consacrée a l'alcool en tant que source des malaides mentales.

La quatrième partie marque l'importance de la syphilis dans l'éthiologie des cas de demence etc.

La cinquième partie met en scène le problème extrêmement actuel des conditions sociales dans les pays capitalistes, en tant que facteurs pathopsychogeniques. Ici, nous esquissons, à touche large, et en traits saillants, un tableau général de la clinique de la depression reactive, de la schizophrenie et de la folie circulaire (psychose maniaque depressive). Parallélement, nous

faisons defiler une serie de cadres illustrant les procédes de la physiotherapie moderne et du traitement par le travail.

La sixième partie tend à fixer l'attention de l'auditoire sur les problèmes de psycho-prophylaxie, sur l'importance d'une alternance regulière des periodes de travail bien organisé et de repos rationnel.

La septième partie—celle qui resume le film et lui sert de conclusion—signale à l'auditoire, en des termes plus expressifs encore, l'importance capitale des problèmes de psychoprophylaxie et d'hygiène mentale, et indique les devoirs qui incombent, sur ce terrain responsable, a la société entière et a chacun de ses membres en particulier. C'est la qu'on trouve aussi une consultation sur les questions de mariage etc.

Les dernier cadres du film sont consacrés à un festival de culture physique, dont l'organisation s'inspire du mot d'ordre suivant:

„Dans le pays du socialisme en construction, dans ce pays où le travail est une tâche honorable qui incombe à tous, où la sante des travailleurs se trouve placée sous la sauvegarde de l'Etat,—les maladies psychiques, en tant que plaie sociale, destinees à disparaitre totalement".

Et, à ce clair triomphe,—la pathopsychocinégraphie,—facteur tard venu et déj à précoce,—aura, elle aussi, permettons-nous de l'ajouter, sans fausse modestie,—sa part meritée de gloire

ЛИТЕРАТУРА

А. На русском языке

1. Пути кино. Первое Всесоюзное партийное совещание по кинематографии. Теа-Кино-Печать. 1929.

2. Руководящие постановления по кино. 1929.

3. Б. Шумяцкий. Советский фильм на международной кинововыставке. Кинофотоиздат, 1934.

4. Б. Шумяцкий. Кинематография миллионов. Опыт анализа. Кинофотоиздат, 1936.

5. Б. Шумяцкий. Советская кинематография сегодня и завтра. Кинофотоиздат, 1936.

6. За большое кино-искусство. Кинофотоиздат, 1935.

7. Н. Лебедев. Кино, его краткая история, его возможности, его строительство в Советском государстве. Красная Новь, 1924.

8. Н. Лебедев. К вопросу о специфике кино. Диссертация. Кинофотоиздат, 1935.

9. Н. Лебедев. Задачи экранов культурфильмы (Тезисы доклада на секции Культурфильмы АРК 15/II 1927), журнал Кинофронт № 4, 1927.

10. Н. Лебедев. Почему на Западе культурфильма в загоне? Кинофронт. № 11/12, 1927.

11. Н. Лебедев. Типы культурфильмы. Кинофронт № 1, 1927.

12. Е. Голдовский. Луи Люмьер. К сорокалетию изобретения кинематографа. Со вступительной статьей Б. З. Шумяцкого. Кинофотоиздат, 1935.

13. Л. Сухаребский. Научная кинематография, как новый метод исследовательской работы в психиатрии. Труды психиатрической клиники 1 ММИ. Биомедгиз, 1934.

14. Л. Сухаребский. Обзор санитарно-просветительных кинофильм за 10 лет пролетарской революции 1917—1927. Изд-во Мосздравотдела, 1928.

15. Л. Сухаребский. Кинофикация санитарного просвещения. Там же, 1928.

16. Л. Сухаребский и А. Хавенсон. Кино против водки. Теакинопечать, 1929.

17. Бригада научно-исследовательского института невро-психиатрической профилактики. Бригадиры: проф. Ю. В. Каннабих и проф. Л. М. Сухаребский. Члены бригады: Белецкий В. К., Герцберг М. О., Гольдовская Т. И., Гурвич Б. Р., Прозоров Л. А., Цейтлин, З. В. Изд-во— ф-ка № 5 Треста Союзтехфильм. Москва, 1933 г. Диа-фильм: „Нервно-психические болезни и их профилактика"

18. Л. Сухаребский. Большая Медицинская Энциклопедия Том 12, 1930 г. Москва. Акционерное об-во „Советская Энциклопедия".
19. Л. Сухаребский. История применения кинематографии в биологии и медицине. Большая Медицинская Энциклопедия. Том 12, 1930 г.
20. Л. Сухаребский. Киноциклография. Большая Мед. Энциклопедия. Том 12, 1930 г.
21. Л. Сухаребский. Кино и здоровье. Сборн. „Дети, кино, школа". Изд-во „Работник Просвещения", Москва, 1929 г.
22. Л. Сухаребский. Кино в школе. Там же.
23. Л. Сухаребский. Научное кино. Изд-во Теакинопечать, 1926 г., Москва.
24. Л. Сухаребский. Кинолекции. Изд-во „Долой неграмотность". Москва, 1927 г.
25. Л. Сухаребский. Учебное кино с предисловием А. В. Луначарского. Изд-во „Теакинопечать", 1928 г.
26. Л. Сухаребский. Научно-просветительное кино в СССР. Сборн. Культурфильма, 1929 г.
27. Л. Сухаребский. На путях к созданию научно-просветительной фильмы. Там же.
28. Л. Сухаребский. Методика показа научно-просветительной фильмы. Там же.
29. Л. Сухаребский. Проблема подготовки основного кадра работников научно-просветительной фильмы. Там же.
30. Л. Сухаребский. Кино, как орудие научного исследования. Там же.
31. Л. Сухаребский. Ближайшие задачи и перспективы научно-просветительного кино в СССР. Там же.
32. Л. Сухаребский и А. Птушко. Специальные способы киносъемки.
Глава первая. Кино—орудие научного исследования.
Глава вторая. Киносъемки натурные „рапид" и „ультрарапид".
Глава третья. Микро- и макрокинематография. Рентгенокинематография. Киносъемка хирургических операций. Киноциклография. ГИХЛ. Москва, 1931 г.
33. Л. Сухаребский и А. Ширвиндт. Кинофикация школы. Теакинопечать, 1930 г.
34. А. Эдельштейн. Кинематография в санитарном просвещении Б. М. Энциклопедия, том 12, 1930
35. С. Гинзбург. Влияние кинематографии на детей и подростков. Там же.
36. Н. Семашко. Кино и здравоохранение. Кинофронт № 5/6, 1929.
37. И Страшун. О санпросветительной фильме. Журнал „Советское кино" № 1, 1925 г.
38. В. Правдолюбов. Кино и наша молодежь. Госиздат, 1929.
39. Культработа вокруг санитарно-просветительной фильмы. Издание Санитарно-просветительного бюро Ленинградского Облздрава, 1930 г.
40. П. Эмдин. Кинематография в медицине. Врачебное дело № 16, 1927 г.
41. А. Опарин. Кино, как орудие исследовательской работы. Киножурнал АРК 4/5, 1925 г.
42. А. Сахаров. Съемка трудовых процессов. Пролетарское кино № 10/11 1931 г.

43. А. Сахаров. Циклография. Гизлегпром, 1933 г.
44. С. Каплун. Задачи кинематографии в области охраны труда Советское кино, 6, 1925 г.
45. А. Опарин. Кино, как орудие научной пропаганды. Журнал АРК № 3, 1925 г.
46. В. Вайншток и Я. Якобсон. Кино и молодежь. Госиздат, 1926 г.
47. К. Кекчеев. Кинематография, как метод научного исследования. Б. М. Э. Т. 12, 1930 г.
48. К. Кекчеев. Кинематография, как метод преподавания. Там же.
49. А. Гельмонт. Изучение влияния кино на детей. Журнал „Кино и Культура" № 4, 1929 г.
50. Зак. Кинематограф и детская преступность. Журнал уголовного права и процесса № 3, 1913 г.
51. Л. Люблинский. Кинематограф и дети. 1925 г.
52. А. Тягай. Кино и медицина. Вестник современной медицины № 18, 1929 г.
53. А. Тягай. Механика головного мозга. (Поведение животных и человека). Кинопечать, 1927 г.
54. А. Тягай. Методика построения научно-популярной фильмы. Сборн. Культурфильма. Теакинопечать, 1929 г.
55. А. Голдобин. Просветительный кинематограф в России (в книге Алейников М. Н. и Ермольев И. Н. Практическое руководство по кинематографии, 1916 г.).
56. Е. Самуйленко. Кинематограф и его просветительная роль. Изд-во „Школа и жизнь", 1912 г.
57. Е. Самуйленко. Кинематограф и его просветительная роль. Изд-во газ. „Школа и жизнь", 1919 г.
58. Н. Тихонов. Кинематограф в науке и технике. Гос. изд-во, 1919 г.
59. П. Ю. Шмидт. Кино и биология. Кино и культура № 2, 1929 г.
60. В. Тарасов. Опыт кинофикации курса физики. Кино и культура 5/6, 1929 г.
61. К. Шутко. Научное кино за границей. Сборн. Культурфильма. Теакинопечать, 1929 г.
62. К. Шутко. Политико-просветительная работа и кино. Сборн. „Ежегодник литературы и искусства", 1929 г. Изд-во Коммунистической Академии.
63. К. Шутко. Что же такое политико-просветительная фильма. Сборн. Культурфильма, 1929 г.
64. Н. Крупская. Кино и политпросветработа. Советское кино № 8, 1926 г.
65. С. Лурье. Страничка истории. Культурно-просветительный и научный кинематограф. Сов. кино № 1, 1927 г.
66. Н. Баклин. Производство научно-популярной фильмы. АРК № 8, 1925 г.
67. Л. Воскресенский. О научных фильмах (работа над „Омоложением" и „Механикой головного мозга", журн. АРК № 9, 1925 г.
68. А. Нестеренко. Внимание санпросветфильме. Кино и жизнь № 24, 1930 г.
69. А. Гельмонт. Кино и задачи педагогики. Сборн. Детское кино. Теакинопечать, 193) г.
70. Ю. Менжинская. Кого воспитывает советская кинематография? Там же.

71. Кино — Дети — Школа. Методический сборник по киноработе с детьми, под ред. А. М. Гельмонта. Изд-во „Работник Просвещения“, 1929 г.
72. Н. Преображенский. Кинематограф и радио в школе. Педагогическая энциклопедия. Том 1, изд. 2-е. Работник Просвещения. 1927 г.
73. А. Слюйс. Школьный кинематограф. Кинопечать, 1926 г.
74. Бела Балаш. Культура кино. Госиздат, 1925 г.
75. Бела Балаш. Дух фильмы. Гихл, 1935 г.
76. Н. Иезуитов. Пути художественного фильма (1919—1934). Кинофотоиздат, 1934 г.
77. В. К. Туркин. Сюжет и композиция сценария. Издание ГУКФ, 1934 г.
78. В. Пудовкин. Киносценарий. Теория сценария. Киноизд-во РСФСР, 1926 г.
79. В. Пудовкин. Кинорежиссер и киноматериал. Кинопечать, 1926 г.
80. С. Тимошенко. Искусство кино и монтаж фильма, 1926 г.
81. С. Васильев. Монтаж кинокартины. Теакинопечать, 1929 г.
82. Г. Болтянский. Культура кинооператора. Опыт исследования, основанный на работах Э. Тиссе. Кинопечать, 1927 г.
83. В. Брадлей. Записки сценариста. Кинопечать, 1927 г.
84. В. Шкловский. Как писать сценарий. ГИХЛ, 1931 г.
85. Л. Кулешов. Практика кинорежиссуры. Гослитиздат, 1935 г.
86. Н. Ермилов. Кинематограф. Изд. „Прибой“, 1925 г.
87. Ф. Тальбот. Кинофильмы. Изд. „Академия“, 1925 г.
88. Г. Болтянский. Киносправочник за 1926 г. Кинопечать, 1927 г.
89. Г. Болтянский. Киносправочник за 1927 г. Кинопечать, 1928 г.
90. А. Кациграс. Киноработа в деревне. Кинопечать, 1926 г.
91. Научная фильма. „Кинопечать“, 1926 г. Предисловие. М. Кристоль.
92. Н. Анощенко. Общий курс кинематографии, том 1, 1928 г. Теакинопечать.
93. Н. Анощенко. Общий курс кинематографии, том II и том III.
94. Н. Анощенко. Рождение кинофильмы. Теакинопечать, 1929 г.
95. Н. Анощенко. Чудеса киноаппарата. Теакинопечать, 1930 г.
96. Н. Анощенко. Звучащая фильма в СССР и за границей. Теакинопечать, 1930 г.
97. Е. Голдовский. Звучащее кино, 1929 г.
98. Р. Тун. Фильма и техника. Теакинопечать, 1930 г.
99. А. Луначарский. Кино на Западе и у нас, 1928 г.
100. Е. Чвялев. Советские фильмы за границей, 1928 г.,
101. М. Сычев и В. Перлин. Кино в Красной Армии 1929 г.
102. М. Кокорин. Кино—агитатор за строительство социализма. 1930. Теакинопечать.
103. К. Гаврюшин. Молодежь о кино. Теакинопечать, 1930 г.
104. А. Лацис и Л. Кейлина. Дети и кино. Теакинопечать, 1928 г.
105. Я. Попов. Кинотехнический словарь. Теакинопечать. 1928 г.
106. В. Фурдуев. Кино завтра. Московск. раб., 1929 г.
107. Ф. Тальбот. Кинопостановки. Академия, 1926 г.
108. В. Коровкин и А. Шелепин. Освещение при киносъемках Гос. изд-во легкой промышленности, 1932 г.

109. Э. Уол. Фотографические эмульсии. Огиз. Гос. научно-технич. изд-во, Ленхимсектор, 1931 г.
110. Школьно-учебный фильм. Научно-исследовательский сектор ВГИК. Сборник статей. Кинофотоиздат, 1935 г.
111. Проф. А. Гезелл. Умственное развитие ребенка. Гос. изд-во, 1930 г.
112. Проф. А. Гезелл. Работа клиники детского развития Иельского университета. Сов. психоневрология № 4, 1933, Харьков.
113. Аннотированный каталог учебных и научных фильмов. Кинофотоиздат, 1935 г.
114. Н. Агокас. Цветное кино. Предисловие В. Нильсена. Кинофотоиздат, 1936.
115. Периодика (прошлая и настоящая). Киножурнал АРК (Ассоциации революционной кинематографии).
116. Бюллетень планово-технической части Совкино и Союзкино.
117. Кино и жизнь. Теакинопечать.
118. Кино и культура. Теакинопечать, 1929 г.
119. Кинофронт. Теакинопечать.
120. Пролетарское кино. ГИХЛ.
121. Советское кино Теакинопечать.
122. Социалистическая реконструкция и наука. Орган НИС'а и Техпрома НКТП. Изд-во НКТП СССР.
123. Учебное кино. Сборн. с 1933 г., Кинофотоиздат.
124. Советская кинофотопромышленность. Орган ГУКФА с 1933 г.
125. Советское кино. Ежемесячный журнал. Орган ЦБ секции творческих работников ЦК Союза кино с 1930 г.
126. Искусство кино с 1936 г.

Б. На иностранных языках

(немецкий, французский, английский, итальянский, голландский)

1. Dr. Martin Weiser. Medizinische Kinematographie. Dresden und Leipzig. Verlag von Theodor Steinkopf. 1919.
2. Herrmann. Zur Frage der Prüfung des Besitzstandes an moralischen Begriffen und Gefühlen. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 3, 281.
3. H. Hennes. Die Kinematographie im Dienste der Neurologie und Psychiatrie, nebst Beschreibungen einiger seltener Bewegungsstoerungen. Med. Klin. 1910. Nr. 51, 2010.
4. A. Ernemann. Demonstration von Anwendungen des Kinematographen für wissenschaftliche Zwecke. Verh. d. 79. Vers. Deutsch. Naturf. u. Aerzte 1907, 2, 252—254.
5. K. Bras. Intelligenzprüfungen mittels des Kinematographen. Zeitschr. f. Psychotherapie u. med. Psychologie 1, 364 (1909).
6. K. Reicher. Kinematographie in der Neurologie. Neurol. Zentralblatt 26, 196 (1907).
7. K. Reicher. Kinematographie im Dienste der Neurologie. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 36, 34 (1908).

8. K. Reicher. Kinematographie in der Neurologie. Verh. d. 79. Vers. Deutsch. Naturf. u. Aerzte. 2, 235 (1907).
9. D'Abundo, 9. Kinematograph als Krankheitsstifter (Fortschritte der Medizin—30, 302, 1912).
10. Fürst Moritz. Die Kinematographentheater im Dienste der Volkshygiene (Soziale Medizin u. Hygiene. 5, 479, 1910).
11. Kemsies Friedrich. Diapositiv und Film im biologisch-hygienischen Unterricht. (Arch. f. Pädagogik 2, 289, 299, 1913—1914).
12. Katner R. Die Bedeutung der Kinematographie für medizinische Forschung und Unterricht. (Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung 8, 249—251, 1911).
13. Morek, H. Kinematographie im klinischen Unterricht. (Deutsche tieraerztliche Wochenschr. 21, 733, 1913).
14. Meissner, P. Kinematograph im Dienste der Medizin (Allgemeine Zeitung 1910, Nr. 10).
15. Wolf-Czapek, K. W. Kinematographie und Hygiene (Deutsche Mediz. Ztg. 30, 775, 1909).
16. Bockenheimer & Berlin. Die Kinematographie im Dienste der Medizin. Referat ueber den Demonstrationsabend im Kaiserin Friedrich Haus (Zentralblatt für Roentgenstrahlen 1910, 78—80).
17. Weiser, M. Die Analyse der Bewegung mit der Zeitlupe (Ernemann—Hochfrequenz—Kinematograph).—Gesellschaft für Natur und Heilkunde. Dresden, 9 Februar 1918. Kinematographischer Abend.
18. H. Lemke. Die Kinematographie der Gegenwart, der Vergangenheit und der Zukunft. Eine kulturgeschichtliche und industrielle Studie (Eduard D'Emme, Leipzig, (1912).
19. Abraham, H., Bloch, L. u. E. Cinématographie ultrarapide (Dispositif electrique). Revue de l'Ingénieur. Vol. 26, 280, 1920; Revue générale des sciences pures et appliquées 31, 29, 1920.
20. Abrahams, Adolphe. Kinematography of Nistagmus, Proceed, Roy. Soc. of. Med. vol. 7, 1913—1914. P. III Sect. of Neurol. Ophtalm. Oxol., 39, u. 64—68.
21. T. Paul, Liesegang. Wissenschaftliche Kinematographie. Ed. Liesegangs Verlag (M. Eger.). Leipzig, 1920.
22. Antony, R. et Chevrofon, L. Considérations sur les attitudes et la locomotion de l'Hippocampe. Etude chronophotographique. Arch. de Zoologie expér. et génér. T. 51, 1913, Notes et Revue Nr. 1, S. 11—22.
23. Ballowitz, E, Ueber die Pigmentstroemung in den Farbstoffzellen und die Kanalchenstruktur des Chromatophoren Photoplasmas. Pfluegers Archiv f. d. ges. Physiol. 157, 165, 1914.
24. Du-Bois & Reymond, R. Momentphotographie von Turnkunststücken. Die Umschau 1916. Nr. 27. S. 528.
25. Du-Bois, Reymond. Ueber den Gang mit Kunstbeinen. Berlin. Klin. Wochenschr. 54, 874—878, 1917. 11.
26. Du-Bois, Reymond. Untersuchungen über langsamen und schnellen Gang. Berlin. Klin. Wochen. 55, 869, 1918, II. Archiv f. Anat. u. Pyhsiol., Phys. alt. 1917.
27. Calmares, S. L'harmonie du mouvement et la chronophotographie. La Nature. 39. 1911.
28. Carvallo, M. J. Méthode radiochronophotographique, Travaux de de l'Institut Mar. Nol. II. Paris. 1910.
29. Christeller, E. Die Bedeutung der Photographie für den pathologisch-anatomischen Unterricht und die pathol.-anatomische Forschung. Berlin. Klin. Wochenschr. 1918. I. S. 399.

30. Comandon, H. Cinématographie, à l'ultramicroscope, des microbes vivants et des particules mobiles. C. R. acad. SC. Paris. 149, 938, 1909.
31. Comandon, H. L'ultramicroscope et le cinématographe. Buld. Soc. fr. Phot. 1910. S. 36.
32. Comandon, H. Inscription et l'étude des phénomenes biologiques avec l'aide du cinématographe. 9. Congr. des Physiolog. a Groningue. Archivio di Fisiologia. 12, 169, 1914.
33. Donaldson, L. The cinematograph and naturel science. London, 1912. Canes ltd.
34. Ernst. Der Kinematograph im Dienste der Unfallverhüfung. Sozial-Technik. 1914. S. 183.
35. Satti L. Ricerche di fisiologia comparata sulla funzione dei muscoli delle docciature vertebrali nell'nomo e negli animali. Studio sulla locomozione terrestre. Archivio di Fisiologia. Vol. XI. 1913. S. 301—322. Tof. I—IV.
36. Jellinek, S. Die Kinematographie im Dienste der Electropathologie. Wiener. Klin. Wochenschr. 24, 909, 191.
37. Neuburger, Alb. Kinematogr. Aufnahme elektrolytischer Vorgänge. Prometeus. 1917. S. 324.
38. Nogues, P. Un nouveau cinématographe à images très fréquentes. C. R. Acad. sciences. Paris. 155. 273, 1912.
39. Polimanti, Osw. Neue Physiolog. Beifräge uber die Bezillungen zwischen den Stirnlappen u. dem. Kleinhirn. Archiv f. Anatomie u. Physiologie. Physiol. Abteil. 1908. S. 81—102, 2 Taf.
40. Polimanti Osw. Über Ataxie cerebralen u. cerebellaren Ursprungs. Archiv. f. Anat. u. Physiol. Physiol. Abt. 1909. S. 123—132, 2 Taf.
41. Polimanti Osw. Contributi alla fisiologia del sistema nervoso centrale e del movimento dei pesci. I. Selacoidei. Zoolog. Jahrbücher, Arch. f. allgem. Zoologie u. Physiol. d. Tiere. 30, 473, 716, 6 Taf.
42. Polimanti Osw. Der Kinematograph in der biologischen u. medizinischen Wissenschaft. Naturwissenschaftl. Woachenschr. 26—1911.
43. Polimanti Osw. Contributi alla fisiologia del sistema nervoso e del movimento negli animali inferiori. IV Cephalopoda. Internat. Monatschr. f. Anatomie u. Physiologie. 29, 1912, 2 Taf.
44. Polimanti Osw. Contributi alla fisiologia del sistema nervoso centrale e del movimento dei pesci 11 Batoidei. Appendice: movimento del la Trigla. Zool. Jahrbuch f. allg. Zoologie u. Physiol. d. Tiere. 32—1912.
45. Polimanti Osw. Zur Physiologie des Stirnlappen. Archiv f. Anatomie u. Physiologie. Phys. Abt. 1912. S. 337—342.
46. Regnault, F. La locomotion chez l'homme. Archives de physiologie et de pathologie générale. 1913.
47. Regnault, F. Les diverses genres de marche. Biologica. 3, 346—1913.
48. Schweisheimer, W. Die Bedeutung des Films für sociale Hygiene u. Medizin. München 1920. Georg Müller.
49. Seddig, M. Exakte Messung des Zeitinterwalles bei kinematographischen Aufnahmen. Eders Jahrb. f. Photogr. u. s. w. 1912. S. 654.
50. Steckel, Max. Kinematogr. Aufnahmen freilebender Tiere, Deutsch. Photogr. Zeit. 1910. N. 4.
51. Sellmann, Ad. Der Kinematograph als Volkserzieher. 2 Aufl. Langensalza 1912. Beyer u. Söhne.
52. Stein, A. Ueber medizinische, photogr. u. kinematogr. Aufnahmen. Deutsche mediz. wochenschr. 38, 1184. 1912.

53. W e s t p h a l, H ü b n e r u. H e n e s. Demonstrationen von Bewegungsstörungen. Sitzungsber. d. Int. Kongr. f. Fürsorge f. Geisteskranke, Berlin. Okt. 1910.
54. Dr. E. B e y f u s s u. Dipl. Jug. A. K o s s o w s k y. Das Kulturfilmbuch. Karl P. Chryselius'scher Verlag, Berlin, 1924.
54a. Dr. med. K u r t. T h o m a l l o. Arzt und Film—Das Kulturfilmbuch—217.
55. Dr. O s k a r K a l b u s. Das Übersinnliche im Film — Das Kulturfilmbuch—235.
56. B e r g, S. Aktuelle Filmprobleme. Stockholm. 1921.
57. Cincinnati council for better motion pictures. Review. Committee. Selected list motion pictures for boys and girls and family groups. Cincinnati. 1922.
58. P o u l a i n, E. Contre le cinéma; école du vice et du crime. Pour le cinéma: l'ecole d'éducation, moralisation et vulgarisation—Saint & Laurent. 1917.
59. C e l l a r d, Ch. Cinématographie et la criminalité infantile. Veuve Ferdinand Larcier. Bruxelles. 1919.
60. K u r t z, R. Expressionismus im Film. Lichtbildbühne. Berlin, 1926.
61. W r i g l e y, M. S. Film, its use in popular Education. London. 1922.
62. Dr. H e l l w i g, A. Kinematograph und Verbrechen—E. Winters Universitaetsbuchhandlung, Heidelberg.
63. G i e s e, E. Kinoschund und die Jugend. Breslau. 1920.
64. O b e r h o l t z e r. Morals of the Movies. Philadelphia. 1922.
65. D u y u n, S. Van. Psychologische Beschouwingen over Film. Hollandia. Drukerii, Baarn. 1926.
66. M o r e k, K. Sittengeschichte des Kinos. Dresden. 1926.
67. Société cinématographique d'édition, éducation et propagande (Anciens établissements Lourea-Films) Notices Marseille. 1924.
68. Dr. H e l l i n g, A. Schundfilms, ihr. Wesen, ihre Gefahren und ihre Bekämpfung. Halle. 1911.
69. S n a v, H. Schundfilm und seine Bekämpfung. Dresden. 1914,
70. S c o t t, P. Tod im Film. Berlin. 1920.
71. A g o t a i, B e l a. Bericht für die Haager, zweite Europaeische Belehrungs - Film—Konferenz. 1928. Budapest. 1928.
72. M a r c h o n t, S. H. Cinema in Education. London. 1925.
73. E l l i s, Don C a r l o s. Motion Pictures in Education. New-Jork. 1923.
74. I m p e r i a l E d u c a t i o n C o n f e r e n c e. Report of the Committee on the use of the cinematograph in Education. London. 1924.
75. 1000 and one. The blue book of Non-theatrical-Films. Chicago—New-Jork.
76. G ü n t h e r, W. Verzeichnis deutscher Lehr-und Kulturfilme. Bildwart-Verlag—Berlin.
77. F r e e m a n n, F. N. Visual Education University of Chicago Press. Chicago. 1924.
78. Dr. D e l z e, F. Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Berlin. 1924.
79. Dr. V o g e l, M. Hygienischer Film. Dresden. 1926.
80. K i n e g r a m m a t a m e d i c a. Dr. S t r a u s s, E. Mappe IV. Elektro-Diagnostik am Gesunden. Verlag Georg Stilke. Berlin. 1926.
81. S a c h s, H. Psychoanalyse, Rätsel des Unbewusten. Lichtbildbühne. Berlin. 1926.

82. Medizin und Film. Eine Halbmonatsschrift im Verlage Georg Stilke. Berlin. 1926—1928.

83. E. Herz. Frankfurt a/M. Angeborene Doppelseitige Attetose. Medizin und Film. N. 15.

84. Dr. Lieppmann, W. (Aus der 11. Med. Universitaetsklinik der Charité in Berlin). Psychomotorische Studien zur Konstitutionsforschung. Medizin und Film. N. 16.

85. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Die Verwirrheiten. Medizin und Film. N. 16.

86. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Motorischer Negativismus (Gegenhalten). Medizin und Film N. 16.

87. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Torsionen und Torsionsdystonie. Medizin und Film. N. 16.

88. Dr. Metzjer E. Exophtalmus intermittens—Medizin und Film. N. 16.

89. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Die Motilitätspsychosen. Medizin und Film. N. 3.

90. Dr. Badt, B. Die Symptome des Zwanggreifens und Nachgreifens als Wegweiser bei der Lokalisation eines Herdes im Gehirn. Berlin (Aus der Nervenabteilung des Hufeland-Hospitals, Berlin). Medizin und Film. 19/20.

91. Dr. E Herz. Allgemeine Bemerkungen zum Studium der Bewegungsstörungen bei Geisteskrankheiten. Medizin und Film N. 18.

92. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Die Katatonie. Medizin und Film. N. 18.

93. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Psychomotorische Akinesen bei Katatonie. Medizin und Film. N. 18.

94. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Psychomotorische Hyperkinesen bei Katatonie. Medizin und Film. N. 18.

95. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Psychomotorische Dyskinesen bei Katatonie. Medizin und Film. N. 18.

96. Prof. K. Kleist und Dr. E. Herz. Psychomotorische Störungen bei Hederkrankungen des Gehirns. 1. Psychomotorische Hyperkinese, Pseudoexpressivbewegungen, Parakinesen, Stereotypie. Medizin und Film. N. 18.

97. H. Fleischhacker, L. Kalinowsky u. St. Weisz. Neurologische Untersuchungsmethoden (Aus der Nervenabteilung des Städt. Friedrich-Wilhelms-Hospitales, Berlin. Medizin und Film. N. 5. Dr. Schufter).

98. F. H. Levy. Auslösung eines Jacksonschen epileptischen Anfalls durch Hyperventilation (Aus der 11 Mediz. Universitaetsklinik der Charité, Berlin—Dir. Geheimrat. Kraus). Medizin und Film. N. 5.

99. Prof. Schilling, V. Die Malaria. Medizin und Film. N. 17.

100. Privatdozent Dr. Peiper, H. Ueber Operationen am Rueckenmark. Medizin und Film. N. 17.

101. Prof. Bendix, B. Chorea minor. Medizin und Film. N. 17.

102. D. Strauss, H. Status epilepticus—Gehirn und Ventrikelblutung in der Schwangerschaft (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Frankfurt a/M., Medizin und Film. N. 10.

103. Dr. Kurt Albrecht. Isolierte Jacksonsche Anfälle bei Alzbeimerscher Krankheit (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité—Dir. Prof. Dr. Bonhoeffer). Medizin und Film. N. 10.

104. Beratungskommission im Voelkerbund zum Schutz der Kinder und Jugendlichen. Wirkungen des Kinos auf Mentalität und Moral der Kinder. Voelkerbund, Genf. 1926.

105. Dr. Kalbus, O. Der deutsche Lehrfilm in der Wissenschaft und im Unterricht—Heymann, Berlin.

106. N a c k, E. Wege zu Film und Ruhm—München. 1928.
107. Dr. N a g y, A. Stand des Lehrfilmesens in Ungarn—Budapest. 1928.
108. O b e r h a g e m a n n, E. Jugendpflege und Film—Ruhfuss Dortmund. 1925.
109. Zukunft des Filmes, Sonderheft von „Erwachen“, Psychokosmos-Verlag. München. 1928.
110. E d g a r D a l e. The content of Motion Pictures Children's a attendance of Motion Pictures—One Volume. Editeur, The Mc. Millon. C. New-York.
111. Prof. K o n z f e l d, E. Sichtbild und Schule. Wilhelm Knapp. Halle.
112. Schulkinematographie. Der Film in Schule, Jugendpflege, Verein und Heim, 1. Kreiselmeier Verl.—Union Deutsche Verlagsgesellschaft. Berlin.
113. Guide to instructional and educational Films—publié par le „Central Information Bureau for educational Films“—Kingsway, Londres. 1933.
114. Suggestions on a school visual and program—Visual Instruction Ser. vice—du College de l'État d'Jowa (USA). 1934.
115. Cinématographe, Commission consultative pour la protéction de l'enfante et de la jeunesse. Société des Nations, Génève. 1928.
116. H. F u c h s i g. Rund um den Film. Wien—Leipzig. 1930.
117. J o n e s, H., C o n r a d, H. and K o r n, A. Psychological studies of Motion Pictures, Berkeley. 1928.
118. M o r e k, K. Medizin und Film. 1926.
119. P e r r y, C. Attitude of high school students towards Motion Pictures N. 4. 1923.
120. S a r d i, A. Cinque anni di vita dell'Istituto nazionale L. U. C. E. Roma. 1930.
121. I s t i t u t o n a z i o n a l e L. U. C. E. Catalogo generale dei soggetti cinematografici. Gennaio. 1930.
122. B r a y L i b r a r y o f M o t i o n P i c t u r e s—edited for shool, home, church, association and club. Distributed by Bray Pictures Corporation.
123. D e v e r e u x F. C. Educational Talking Picture, The University of Chicago Press.
124. D a l e, E. How to Appreciate Motion Pictures—The Macmillan Co. New-York. 1933.
125. F o r m a n n, H. S. Our Movie—Made Children-Macmillan Co., N. 4, 1933.
126. C a m e r o n, J. Recording & Reproduction of sound Motion Pictures. Cameron Publishing—Woodmont, Con. 1935.
127. R u l o n Ph. J. Sound Motion Picture in Science Teaching Harward University Prees.
128. S i n g e r, A. E. Visual Fatigue of Motion Pictures Amasement Age Publishing Co. 1933.
129. A n n a V e r n o n a. Visual Instruction in the Public Dorris, Ginu.
130. Der Film als Lehrmittel. Deutscher Verlag für Jugend und Volk. Wien.
131. D a s B i l d i m D i e n s t e d e r S c h u l e u n d V o l k s b i l d u n g. Deutscher Verlag für Jugend und Volk. Wien.
132. D e u t s c h e M e d i z i n i s c h e W o c h e n s c h r i f t.
133. Das medizinische Filmarchiv—Universum-Film—Aktiengesellschaft. Berlin.
134. D i e K i n o t e c h n i k. Halbmonatsschrift für die gesammurte Wissenschaft und Technik der theoretischen und praktischen Kinematographie. Foto-Kino-Verlag. Berlin.

135. Filmtechnik. Zeitschrift für alle technischen, künstlerischen und wirtschaftlichen Fragen des Filmwesens. Verlag von Wilhelm Knapp, Halle.
136. Der Bildwart. Blätter für Volksbildung. Bildwart-Verlags-Genossenschaft. Berlin.
137. Dritte Internationale Lehrfilmkonferenz in Wien. 1931. Herausgegeben im Auffrage des Wiener Arbeitsausschusses.
138. Imperial Education conference. Report of the Committee of the use of Cinematograph in Éducation. London.
139. Zeitschrift fur Paedagogische Psychologie. Experimentelle Paedagogik und jugendkundliche Forschung. Leipzig.
140. Interciné. Revue internationale du Cinéma Éducateur . Institut international du cinématographe éducatif. Société des Nations. Rome.
141. Transactions of the society of Motion Picture Engineers—Washington, D. 1921, 1922, 1924, 1926—1930, 1932—1933.
142. The American Cinematographen Hollywood, California 1930—1932, 1933—1935.
143. Le cinématographe au service de l'hygiéne. Edition de l'Institut international du cinématographe éducatif. Société des Nations. Rome.

□

Album d'illustrations

faisant suite à la monographie:

LE CINÉMA

et

LA MENTALITÉ MORBIDE

(La Pathopsychocinégraphie)

ПРИЛОЖЕНИЕ

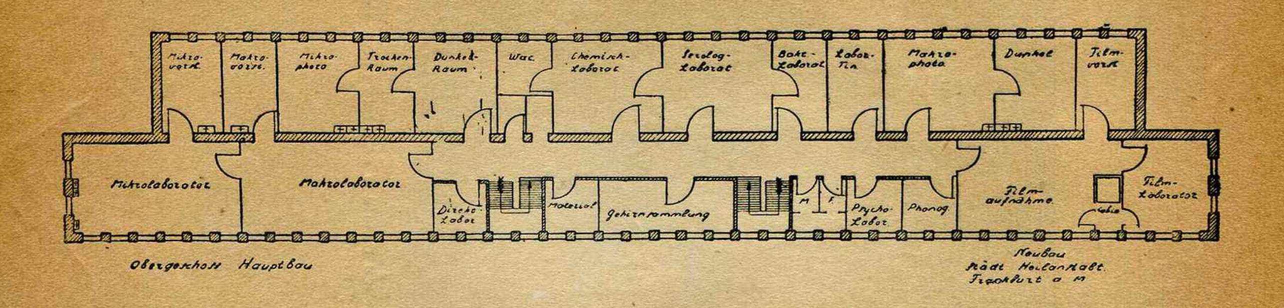
Альбом иллюстраций

к монографии

„ПАТОКИНОГРАФИЯ В ПСИХИАТРИИ И НЕВРОПАТОЛОГИИ"

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Рис. 1. Чертеж киноотделения в клинике проф. Клейста (Психиатрическая клиника во Франкфурте на Майне).



Киноотделение помещается во втором этаже главного здания. В правой половине расположено съемочное киноателье. Рядом с ним лаборатория для проявок проб и снятой пленки. Напротив—просмотровый зал. В левой половине находится фотолаборатория для микросъемки. Между ними — фотолаборатория для микроскопических съемок.

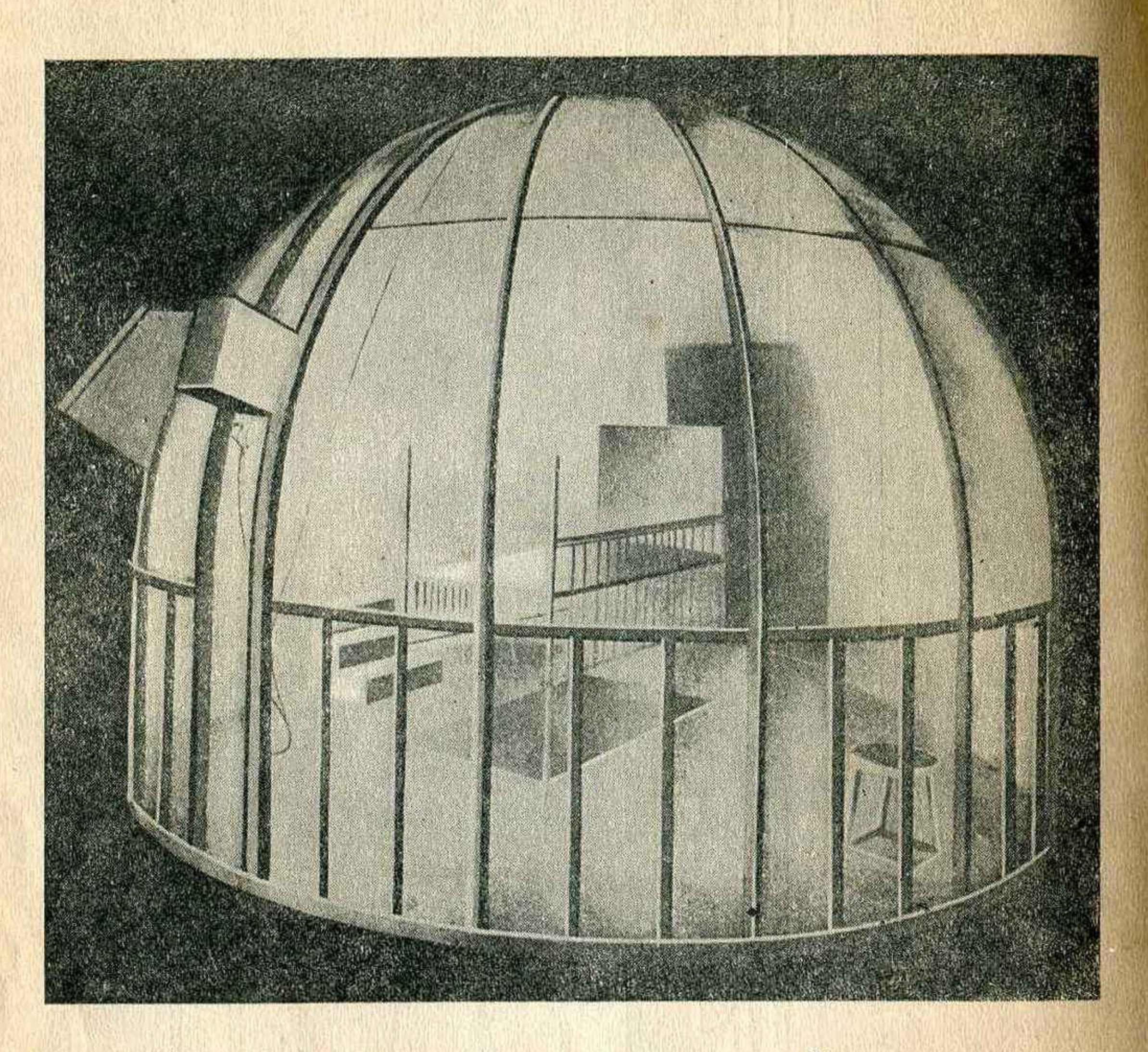


Рис. 2. Кинонаблюдательная палата в клинике проф. Гезелла (Иельский университет).

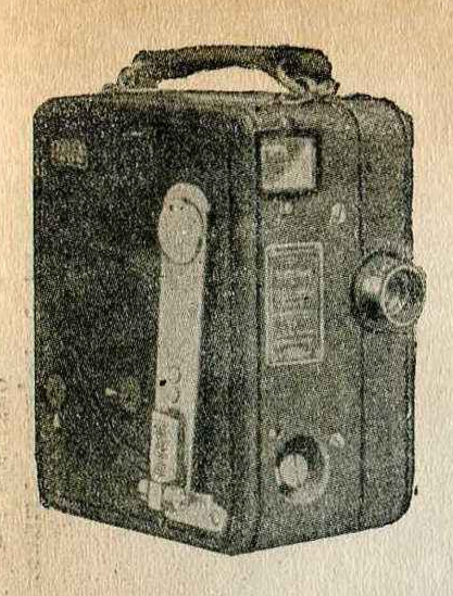


Рис. 3. Кинамо для узкой пленки.



Рис. 4. Кинамо для нормальной пленки.

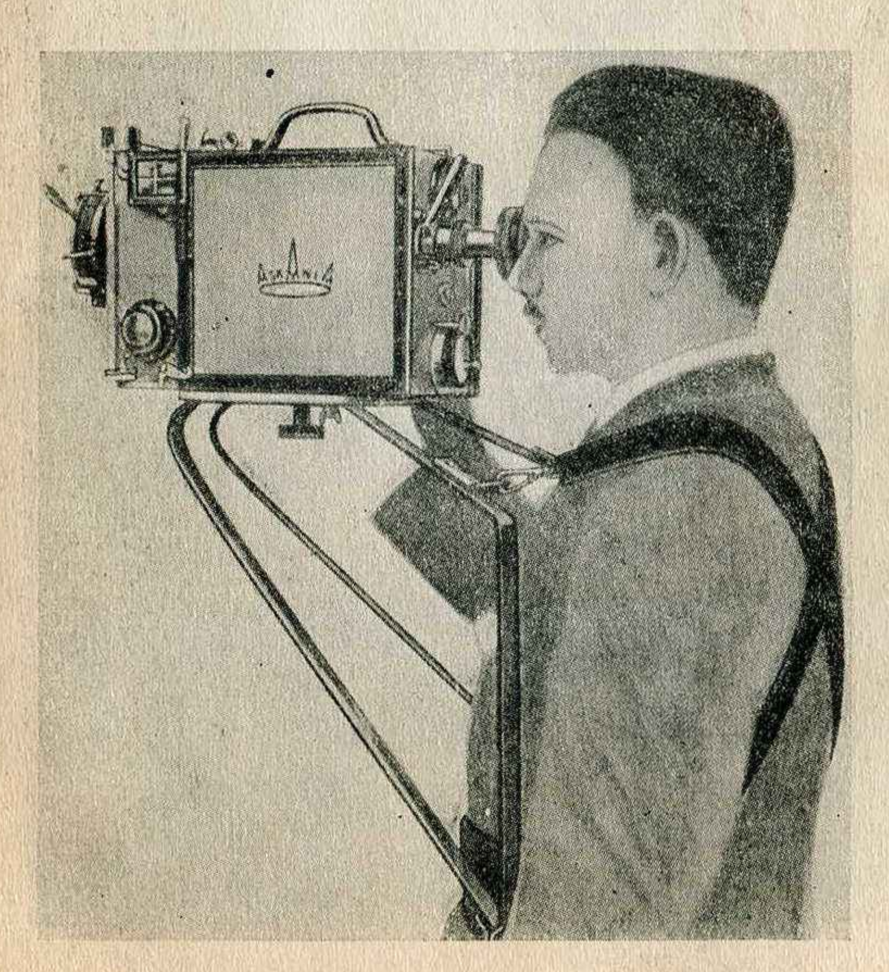


Рис. 5. Съемочный аппарат с нагрудным штативом.

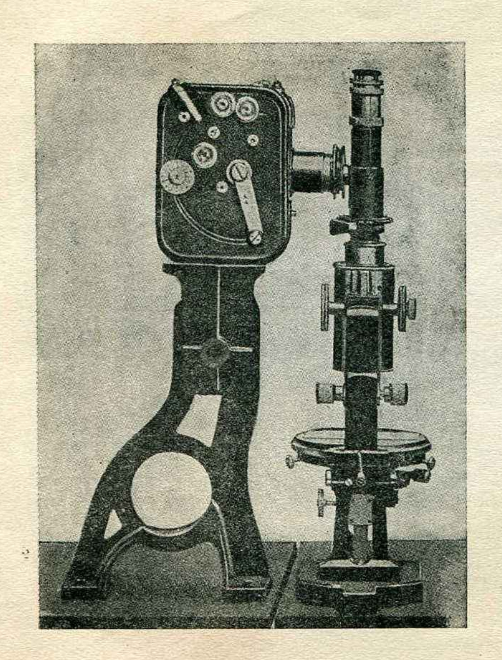


Рис. 7. Микрофот.

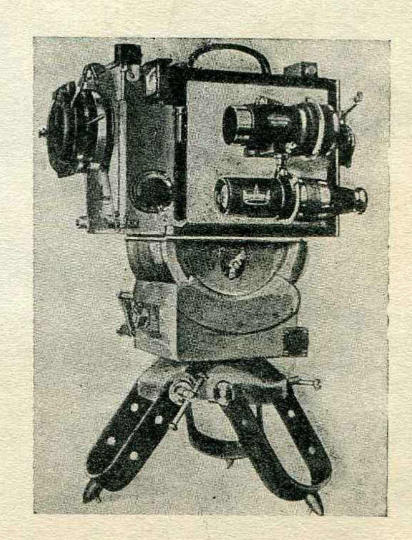


Рис. 6. Съемочный аппарат с настольным штативом.

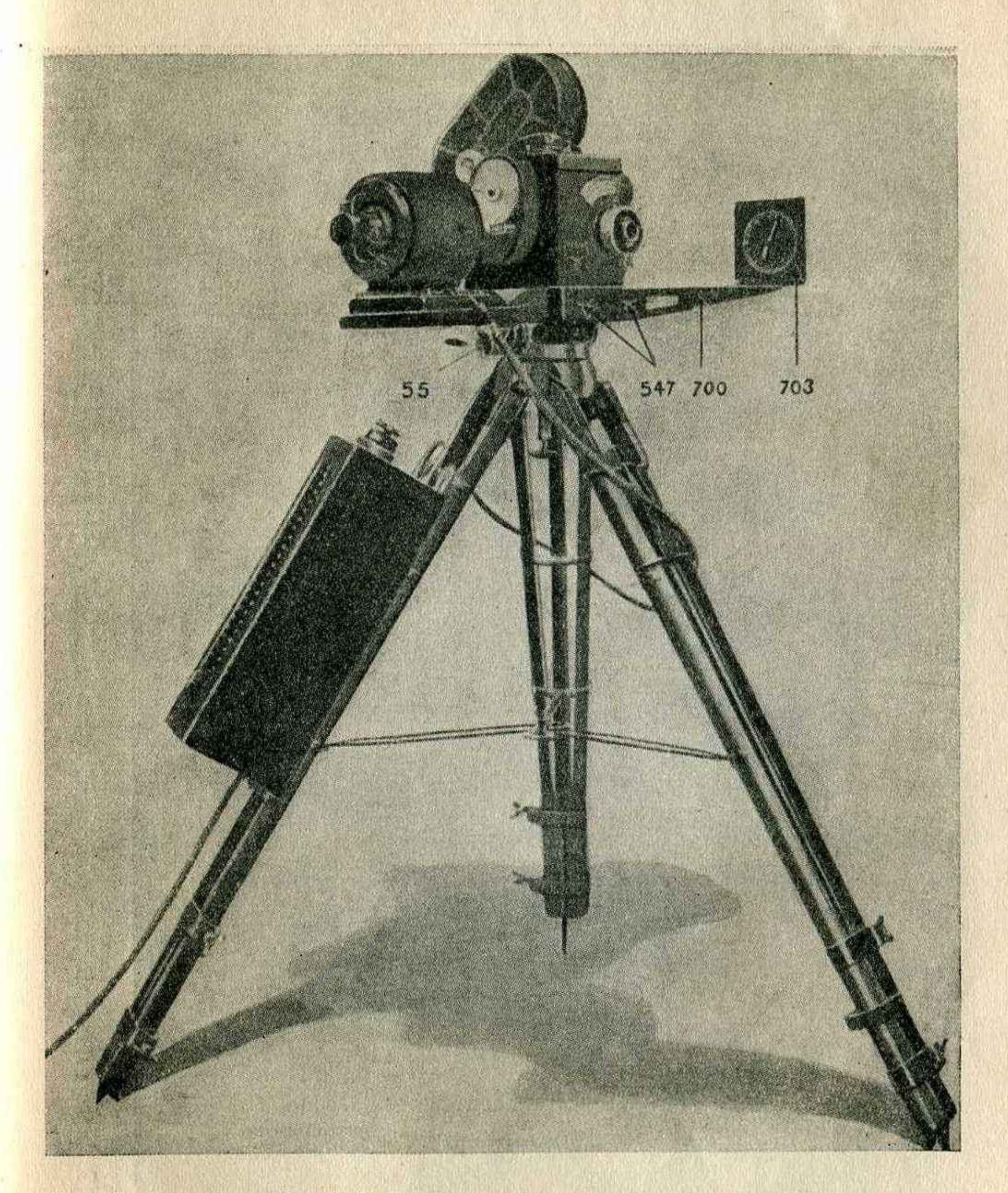


Рис. 8. Аппарат „G. V. Debrie“ в собранном для съемки виде.



Рис. 9. Поведение голодяой обезьяны. Фильма „Как устроено и работает тело человека".



Рис 10. Поведение обезьяны за едой Фильма „Как устроено и работает тело человека“.



Рис. 11. Нервная система. Фильма „Как устроено и работает тело человека“.

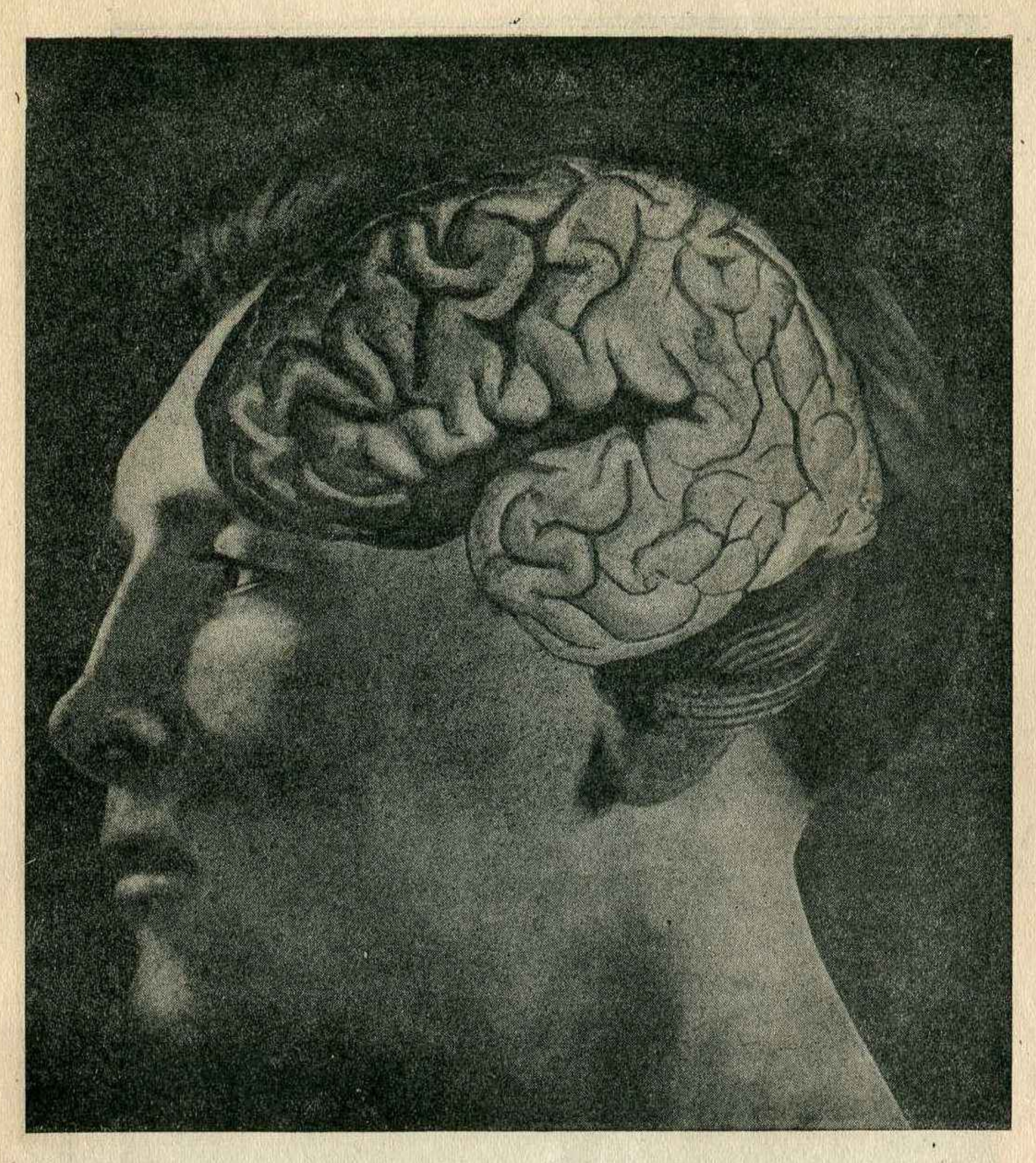


Рис. 12. Вскрытый череп человека с обнаженным головным мозгом. Фильма „Как устроено и работает тело человека".

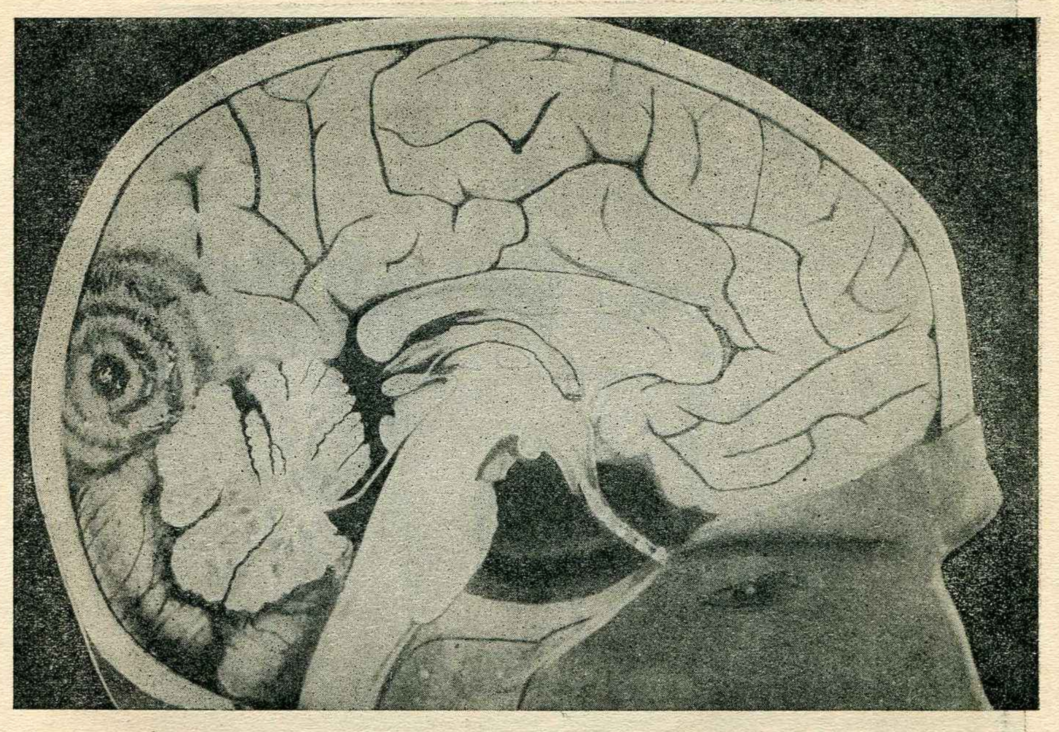


Рис. 13. Головной мозг. Фильма „Орган зрения“.

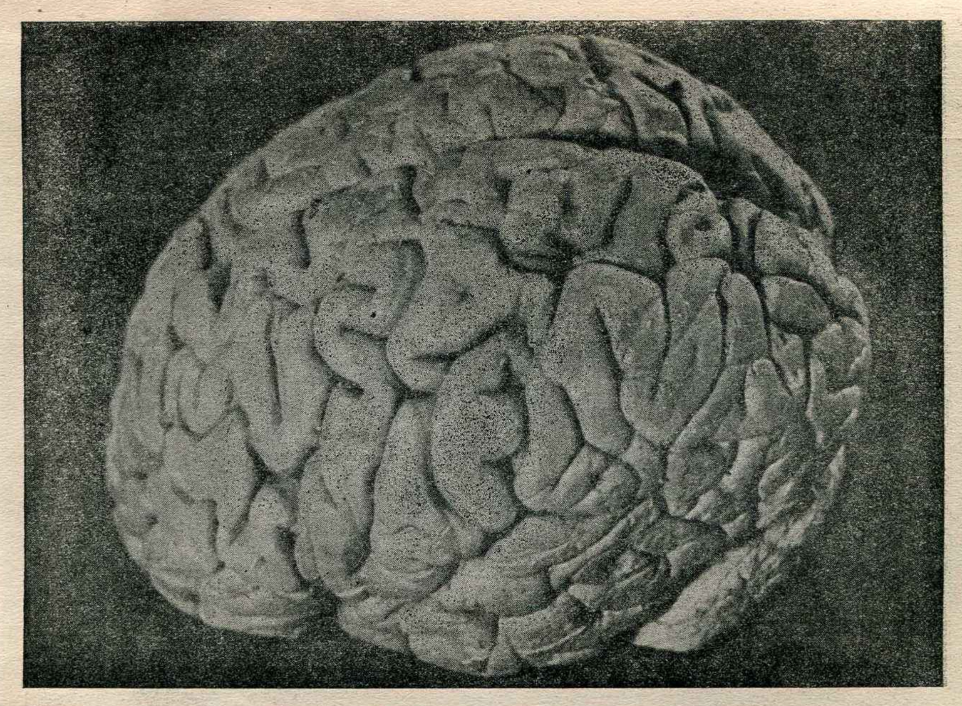


Рис. 14. Головной мозг. Фильма „Нервная система“.

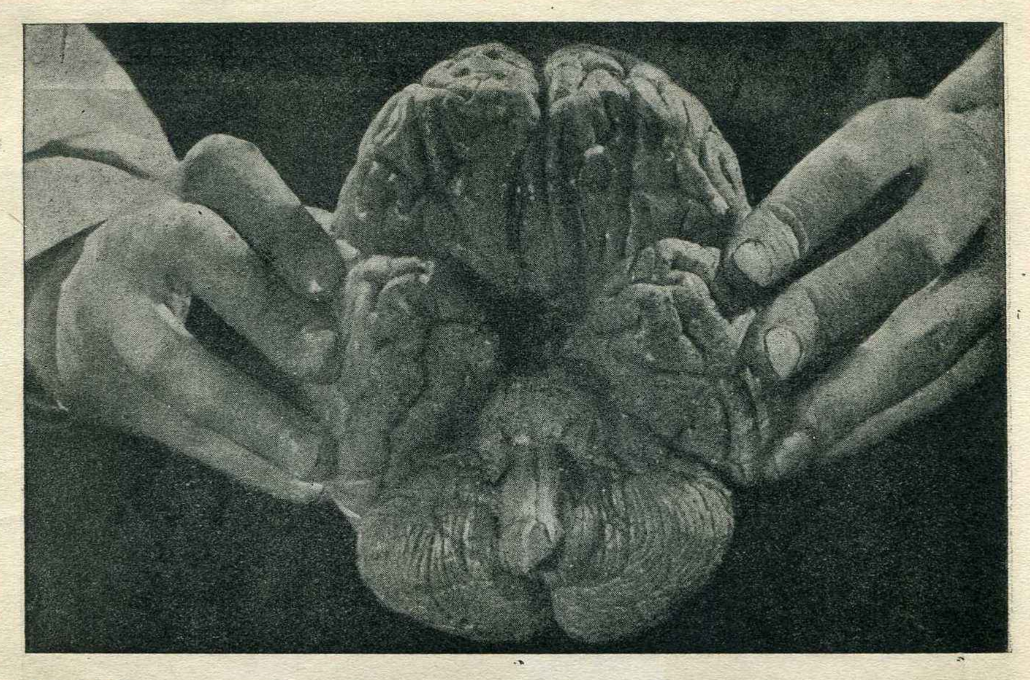


Рис. 15. Головной мозг. Вид со стороны основания. Фильма „Нервная система“.



Рис. 17. Спинной мозг. Фильма „Нервная система“.

Рис 16. Вскрытые череп и позвоночн. канал человека с обнаженным головным и спинным мозгом. Фильма „Как устроено и работает тело человека“.

Рис. 18. Зрительное восприятие. Фильма „Как устроено и работает тело человека“.

Рис. 19. Схема зрительного восприятия. Фильма „Орган зрения“.

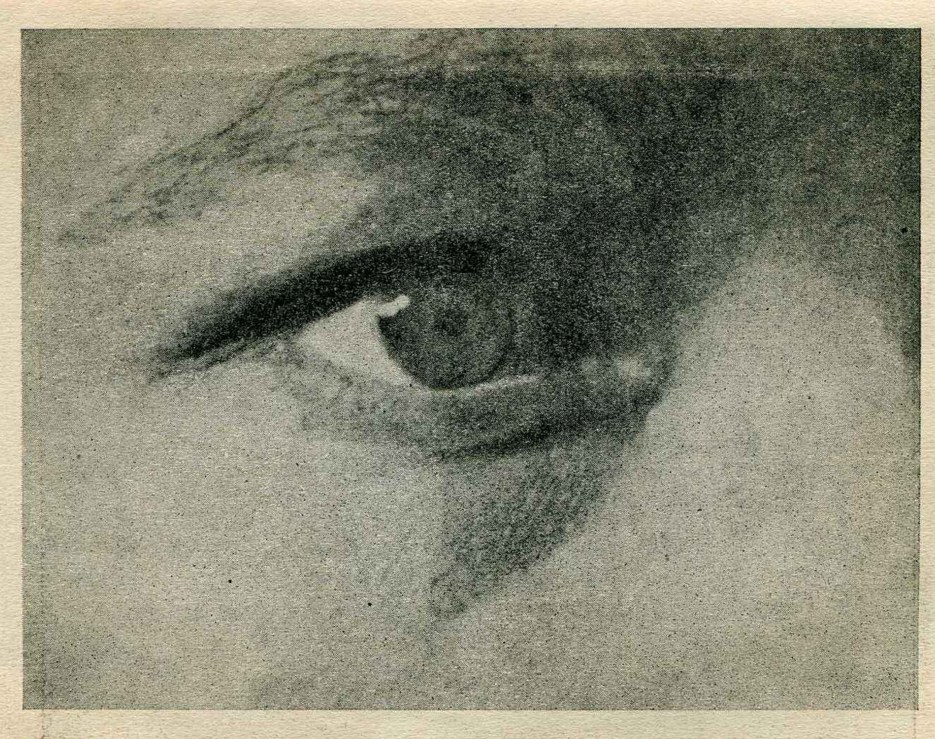


Рис. 20. Сужение зрачка. Фильма „Орган зрения“.

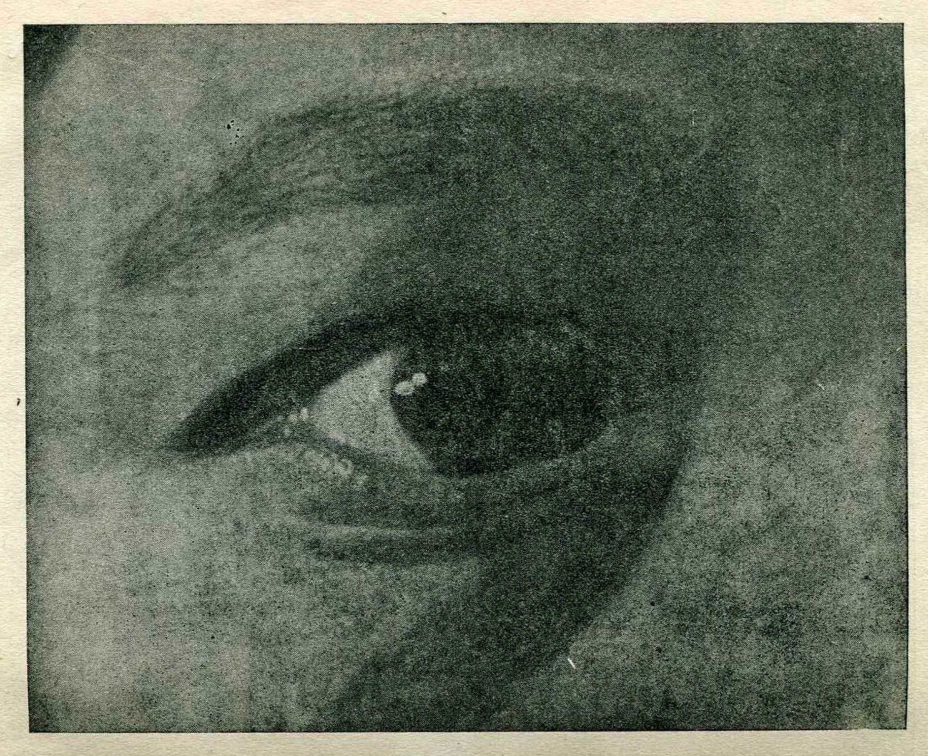


Рис. 21. Расширение зрачка. Фильма „Орган зрения".

Рис. 22. Схема восприятия ухом звуковой волны. Фильма „Нервная система“.

Рис. 23. Схема лабиринта. Фильма „Нервная система“.

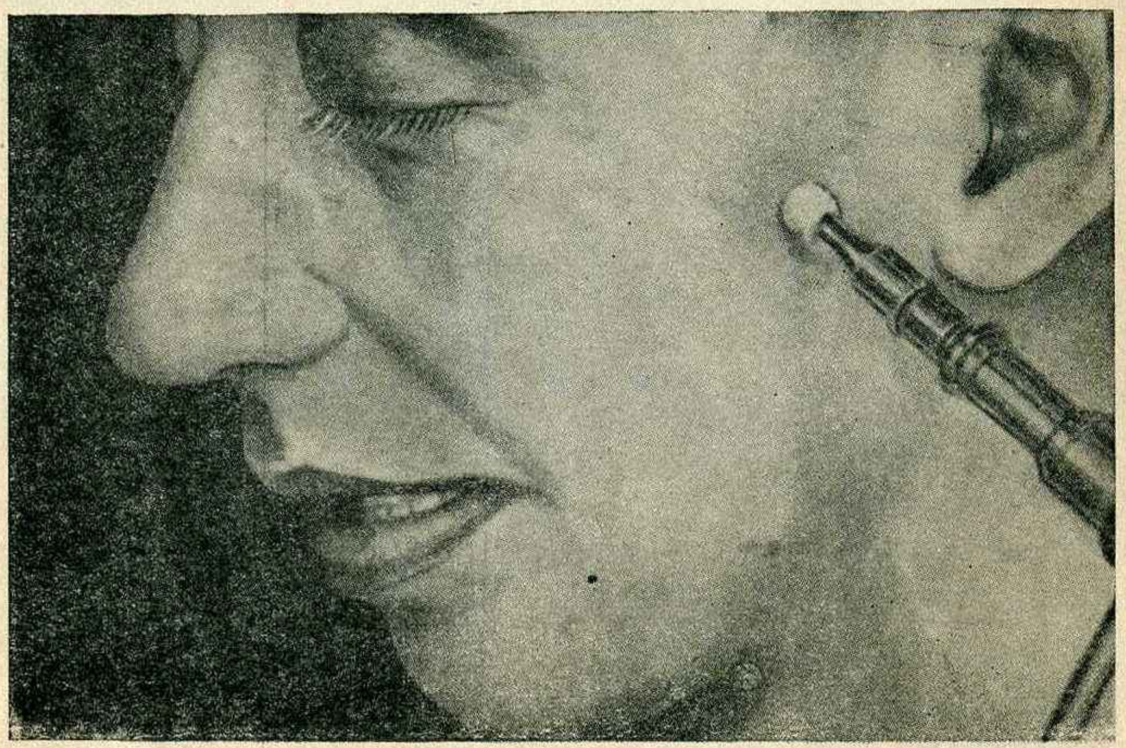


Рис. 24. Раздражение лицевых нервов гальваническим током. Кадры из атласа д-ра Штрауса.

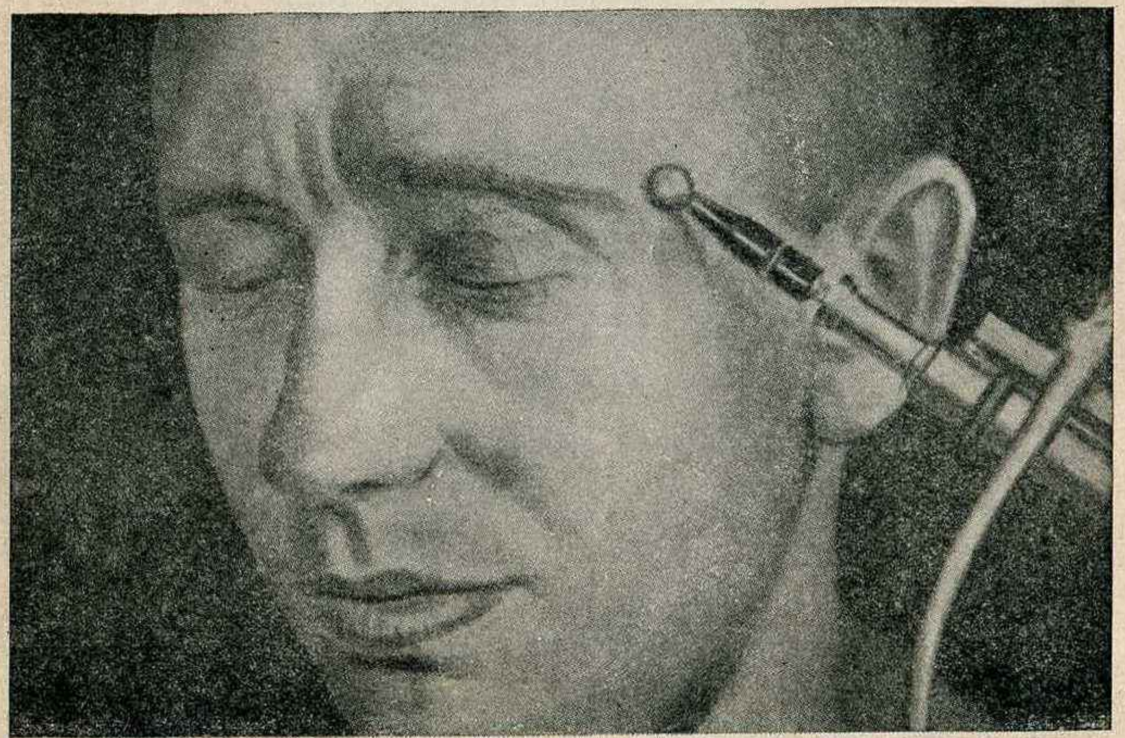


Рис 25. Раздражение лицевых нервов гальваническим током. Кадры из атласа д-ра Штрауса.

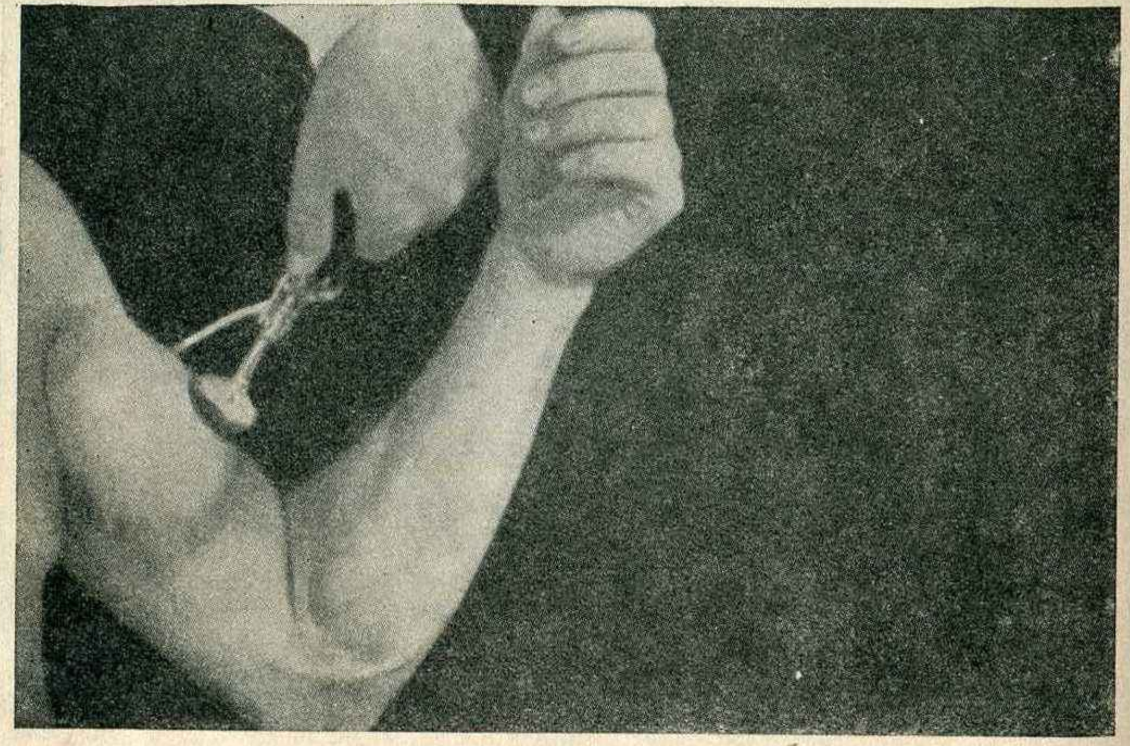


Рис. 26. Раздражение нервов руки. Кадры из атласа д-ра Штрауса.

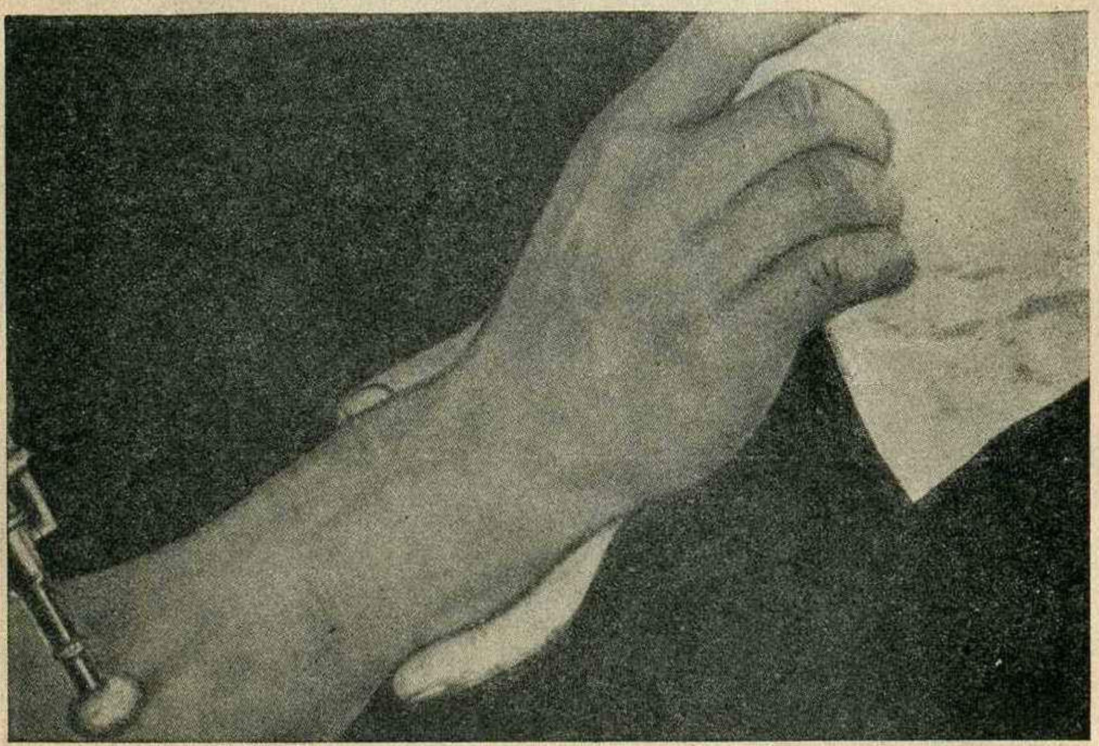


Рис. 27. Раздражение нервов руки. Кадры из атласа д-ра Штрауса.



Рис. 28. Женоподобный мужчина. Фильма „Законы любви“



Рис. 29. Сон больного. Психоаналитическая фильма „Тайна одной души“ (зарубежная тематика).



Рис. 30. „Любовь“ (зарубежная тематика).



Рис. 31. „Ревность“ (зарубежная тематика).



Рис. 32. Череп — символ смерти. „Ужасы“ (зарубежная тематика).



Рис. 33. Эротика (зарубежная тематика).

Рис. 34 Постановка опыта с выработкой условного рефлекса. Фильм „Нервная система“.

Рис. 35. Собака с фистулой для собирания слюны. Фильма „Нервная система“.

Рис. 36. Схема безусловного рефлекса. Фильма „Нервная система“.

Рис. 37. Наоушение рефлекторной дуги. Фильма „Нервная система“.

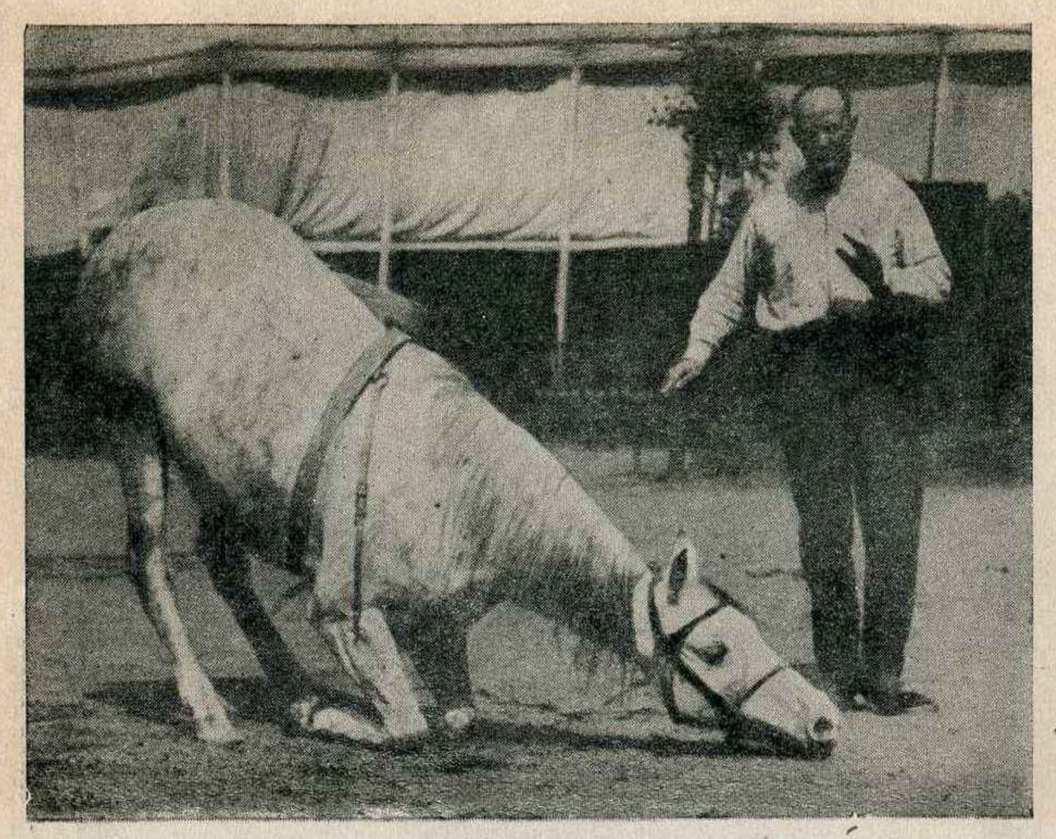


Рис. 38. Дрессировка лошади. Фильма „Нервная система".

Рис. 39. Дрессировка слона. Фильма „Нервная система".

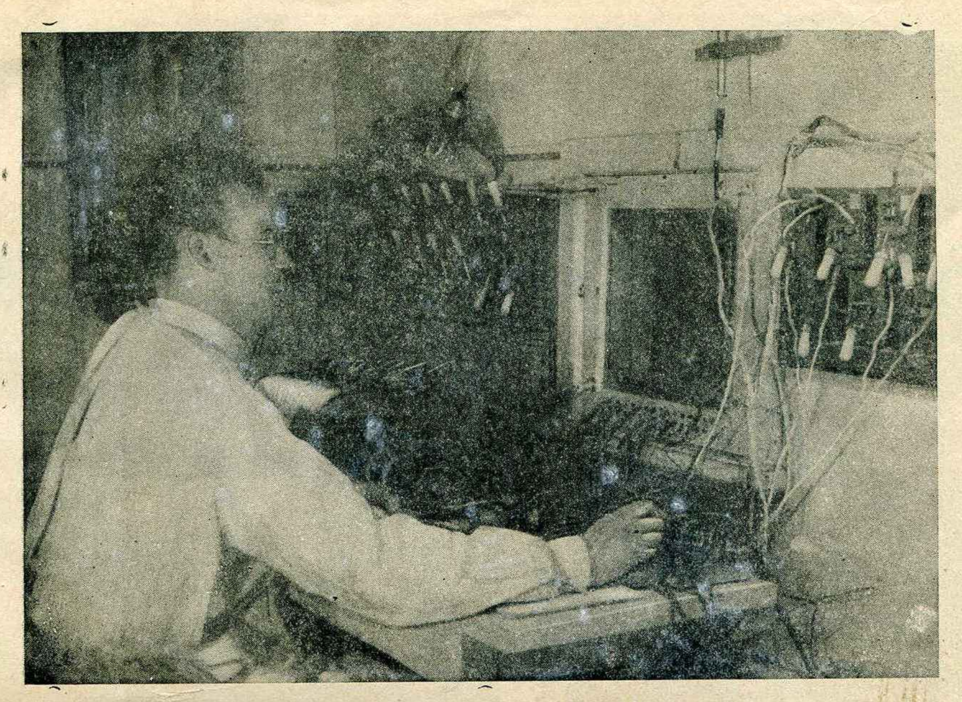


Рис. 40. Лаборатория условных рефлексов. Фильма „Нервная система“.

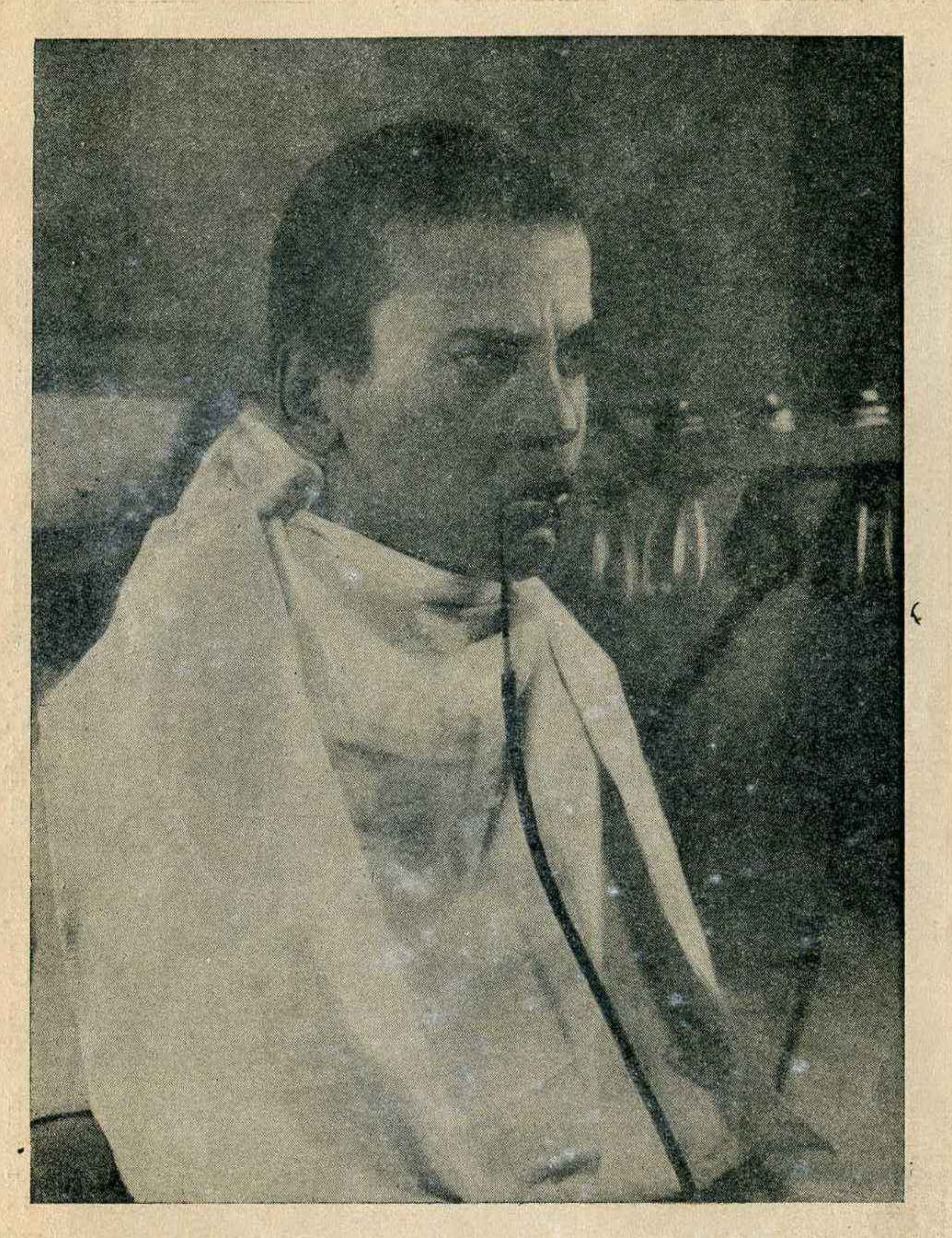


Рис. 41. Опыты по условным и безусловным рефлексам. Фильма „Нерьная система“.



Рис. 42. Поведение детей. Собираются на прогулку. Фильма „День ребенка в яслях“.

Рис. 43. Сон ребенка. Фильма „День ребенка в яслях“.

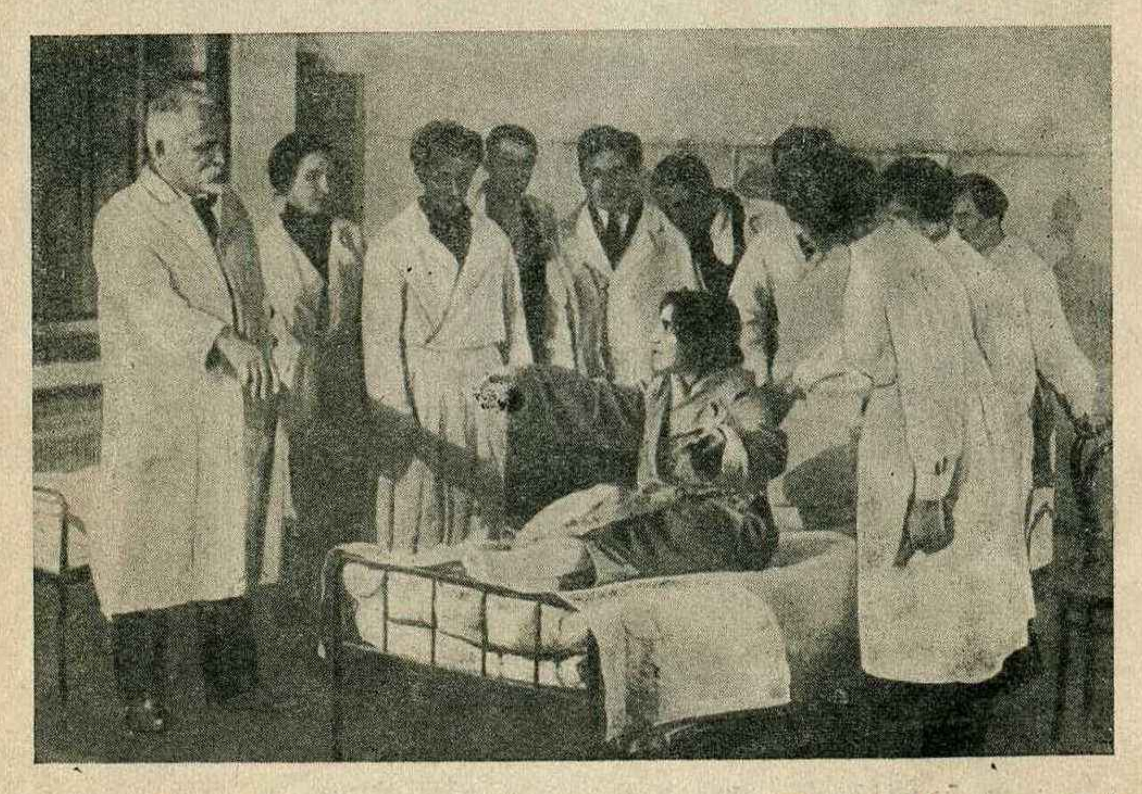


Рис. 44. Проф. Г. И. Россолимо на обходе в клинике. Фильма „Правда жизни“.



Рис. 45. Мимика душевно-больной. Фильма „Правда жизни“.

Рис. 46. Дебил. Фильма „Кто виноват“.

Рис. 47. Пресенильный психоз. Фильма „Кто виноват".

Рис. 48. Шизофрения. Фильма „Кто виноват".

Рис. 49. Кататоник. Фильма „Кто виноват“.

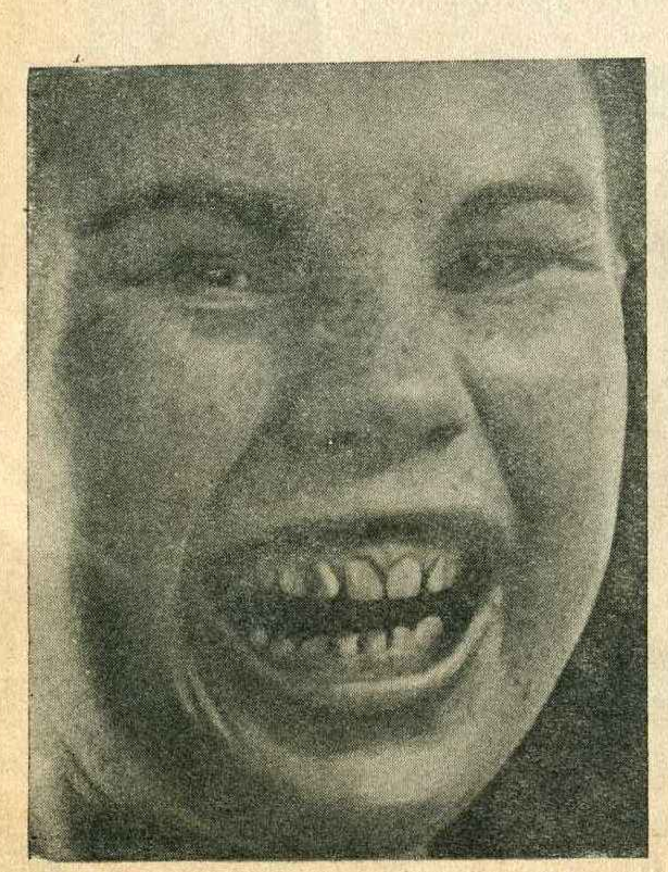


Рис. 50. Больная шизофренией. Фильма „Кто виноват“.



Рис. 51. Прогрессивный паралич. Фильма „Кто виноват“.

Рис. 52. Сеанс психотерапии в бодрствующем состоянии. Фото Н. А. Бровикова.



Рис. 53. Сеанс индивидуальной гипнотерапии. Фото Н. А. Бровикова.

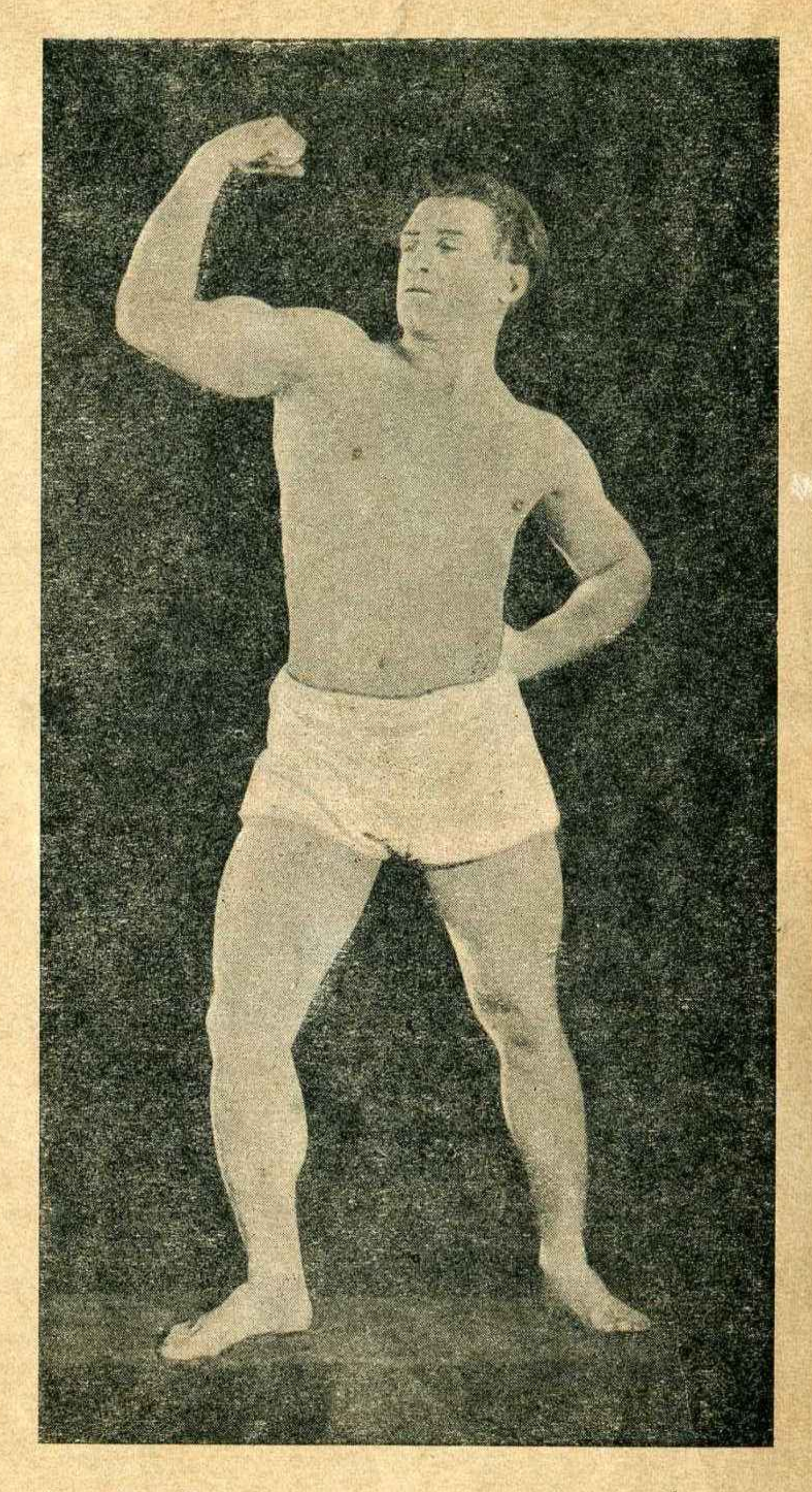


Рис. 54. „В здоровом теле—здоровый дух". Фильма „Как устроено и работает тело человека".

Рис. 55. На водной станции. Фильма „Как устроено и работает тело человека“.

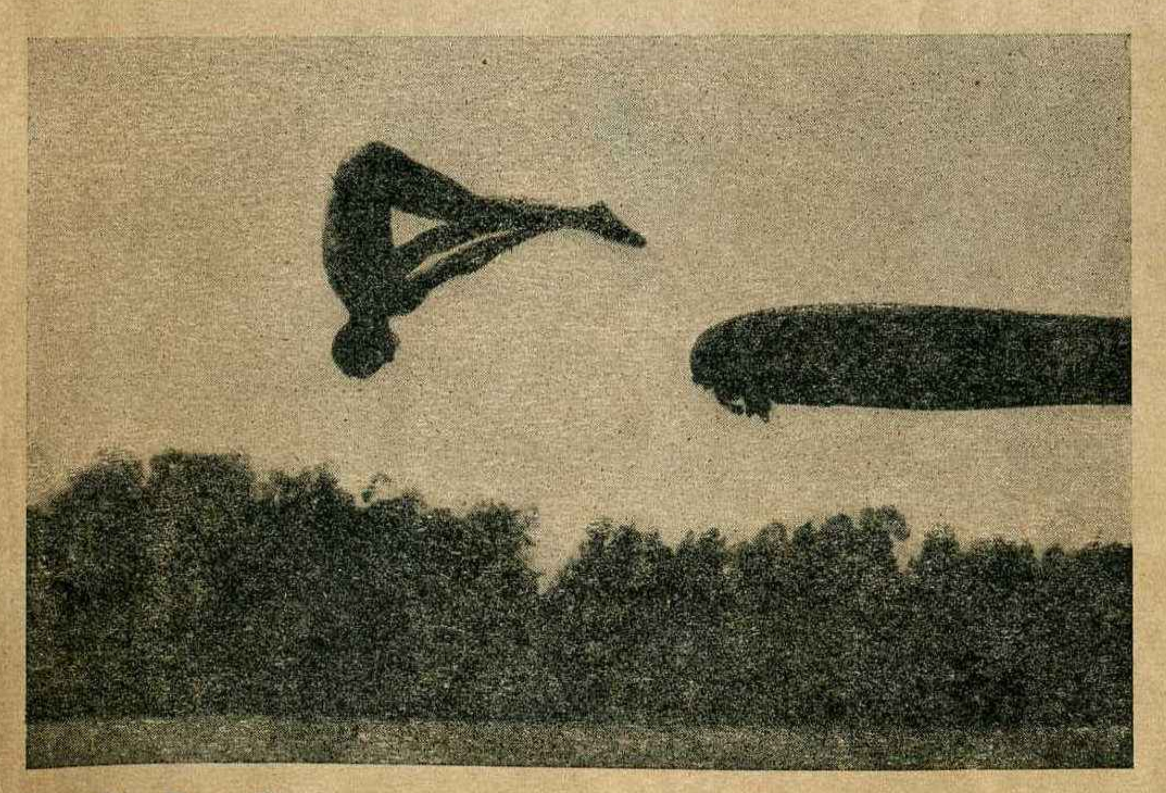


Рис. 56. Водный спорт — прыжок с трамплина. Фильма „Как устроено и работает тело человека“.

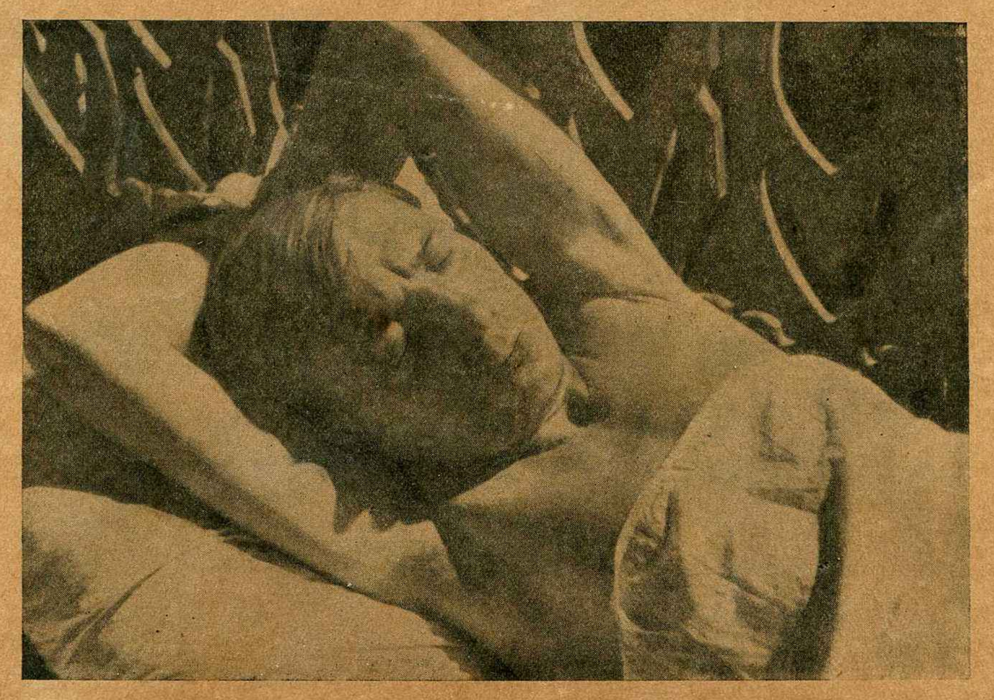


Рис. 57. Мертвый час. Фото С. Н. Струнникова.

Цена 7 р. 50 к.
переплет 1 р. 50 к.